

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. L
n. 3

RELAZIONE

SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE

(Anno 2000)

(Articolo 8, terzo comma, della legge 23 febbraio 1978, n. 833, e articolo 1, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni)

Presentata dal Ministro della sanità
(VERONESI)

Trasmessa alla Presidenza il 26 aprile 2001

PAGINA BIANCA



Ministero della Sanità

**Direzione Generale Studi, Documentazione Sanitaria
e Comunicazione ai Cittadini**

La Relazione sullo stato sanitario del Paese è stata redatta dalla Direzione Generale Studi, Documentazione Sanitaria e Comunicazione ai Cittadini, che si è avvalsa della collaborazione di:

Comitato tecnico consultivo,

presieduto da Claudio Calvaruso, Dirigente generale della Direzione Generale Studi, Documentazione Sanitaria e Comunicazione ai Cittadini e composto da: Vittorino Andreoli, Luigi Bazzoli, Giuseppe Benagiano, Lamberto Briziarelli, Roberto Cardea, Gianluigi Cetto, Giuseppe Costa, Claudio De Giuli, Viviana Egidi, Carlo Favaretti, Fosco Foglietta, Alessandro Liberati, Maurizio Marceca, Antonio Mingione, Antonio Moccaldi, Gilberto Muraro, Emanuele Ranci Ortigosa, Anna Piccinini, Remo Siza, Tiziano Vecchiato.

Comitato di redazione,

presieduto da Roberto Cardea, Dirigente dell'Ufficio II della Direzione Generale Studi, Documentazione Sanitaria e Comunicazione ai Cittadini e composto da: Rosaria Boldrini, Vittoria Buratta, Alessandra Burgio, Dina Maria Caraffa, Massimo Casciello, Francesco Cicogna, Manuela Cocchi, Susanna Conti, Roberta Cialesi, Annamaria De Martino, Paola Di Martino, Guido Ditta, Gino Farchi, Lidia Gargiulo, Gaetano Guglielmi, Lucia Guidarelli, Antonio Parisi, Franco Pennazza, Anna Piccinini, Sabrina Prati, Anna Prete, Maria Randazzo, Linda Laura Sabbadini, Roberto Satolli, Stefano Signorini, Loredana Vellucci.

Organizzazione e coordinamento del progetto

Roberto Cardea

Redazione e grafica

Giuseppe Gaudenzi, Walter Landoni, Zadig srl

Contributi specifici sono stati forniti da:

Vittorino Andreoli, Anna Maria Bargagli, Paolo Bellisario, Rosaria Boldrini, Isabella Bordogna, Lamberto Briziarelli, Alessandra Burgio, Rina Camporese, Riccardo Capocaccia, Giovanni Caputo, Nunzio Catalano, Gianluigi Cetto, Francesco Cicogna, Marco A. Cimmino, Marta Ciofi degli Atti, Manuela Cocchi, Maria Novella Cordone, Giuseppe Costa, Massimo Costantini, Roberta Cialesi, Licia Da Re, Marina Davoli, Giovanni de Girolamo, Annamaria De Martino, Diana De Ronchi, Paola Di Martino, Roberto Di Natale, Guido Ditta, Pietro Dri, Viviana Egidi, Patrizio Erba, Gino Farchi, Marco Ferrario, Fosco Foglietta, Francesco Forastiere, Antonio Fortino, Michele Gallucci, Lidia Gargiulo, Giuseppe Gaudenzi, Simona Giampaoli, Carlo Giorda, Michele Grandolfo, Roberto Grilli, Gaetano Guglielmi, Lucia Guidarelli, Alessandro Liberati, Stefania Maggi, Natalia Magliocchetti, Maurizio Marceca, Mario Mazzetti di Pietralata, Antonio Mingione, Maria Luisa Moro, Antonio Parisi, Daniela Pasquale, Amina Pasquarella, Carlo A. Perucci, Maurizio Pocchiarini, Riccardo Poli, Sabrina Prati, Anna Prete, Emanuele Ranci Ortigosa, Maria Randazzo, Giovanni Renga, Cristina Rota, Stefania Salmaso, Stefano Signorini, Remo Siza, Teresa Spadea, Angela Spinelli, Franco Toscani, Alberto Tozzi, Diego Vanuzzo, Tiziano Vecchiato, Loredana Vellucci,

Contributi sono stati forniti anche da:

Susanna Conti, Paolo De Pieri, Francesca Gallo, Donato Greco, Carlo Grandi, Massimo Marconi, Armando Masucci, Massimo Nesti, Sara Santostefano, Stefano Tersigni, Paolo Vineis

Hanno inoltre collaborato, con documenti e informazioni:

Direttori generali del Ministero della Sanità, Agenzia per i servizi sanitari regionali, Comitato per le cure palliative, Commissione anoressia e bulimia nervosa, Commissione tecnico-scientifica per l'elaborazione di proposte di intervento in materia di inquinamento indoor del Dipartimento della prevenzione, CSS, Gruppo di lavoro NEHAP per l'elaborazione del National Environmental Health Action Plan del Dipartimento della prevenzione, ISPESL, ISS, ISTAT

Indice

PREFAZIONE	IX
INTRODUZIONE	XIII

I PARTE

Qualità di vita dei cittadini	3
Dinamica demografica e struttura della popolazione	3
Natimortalità, abortività spontanea, abortività volontaria	7
Condizioni di vita	11
Le risorse della società civile	20
Dalla tutela sanitaria alla promozione della salute	27
La domanda informativa nel campo della salute	34

II PARTE

Lo stato della salute dei cittadini	41
I determinanti di salute	41
Comportamenti e stili di vita	42
Attività fisica	42
L'abitudine al fumo	46
Il consumo di alcol	52
Nutrizione e abitudini alimentari	59
Sovrappeso e obesità	62
Tossicodipendenze	68
Consumo di farmaci	72
Ambiente	77
Aria	77
Acqua	84
Sicurezza alimentare	87
Radiazioni	94
Rifiuti	96
Rumore	98
Salute e malattie	102
Speranza di vita e mortalità	102
Speranza di vita	102

Mortalità generale	103
Mortalità per causa	109
Qualità della sopravvivenza	120
Speranza di vita in buona salute	120
Speranza di vita libera da disabilità	122
Le principali patologie in Italia	124
Malattie cardio e cerebrovascolari	124
Tumori	130
Malattie infettive	140
Malattie muscolo scheletriche	151
Malattie neurologiche	153
Demenze	153
Malattia di Creutzfeldt-Jakob	155
Disturbi psichici	157
Suicidi	162
Disturbi del comportamento alimentare	166
Malattie respiratorie	168
Broncopneumopatia cronico ostruttiva	168
Asma bronchiale	171
Diabete	172
Cause violente	175
Incidenti domestici	175
Incidenti sul lavoro	177
La salute in alcuni gruppi di popolazione	180
Infanzia e adolescenza	180
La salute delle donne in gravidanza	183
Anziani	186
Stranieri immigrati	191
Disabili	198
Le risposte attuali del Servizio sanitario nazionale	204
Risorse umane	204
Personale	204
Formazione	206
Risorse strutturali	210
Prevenzione	210
Sanità pubblica veterinaria	212
Assistenza distrettuale	217
Assistenza ospedaliera	221
Riabilitazione	228
Assistenza ai soggetti deboli	233
Tossicodipendenza	233
Salute mentale	235
Anziani	240
Malati al termine della vita	243

Assistenza farmaceutica	248
Classificazione dei farmaci	248
Ticket ed esenzioni	248
La spesa farmaceutica convenzionata	250
Risorse finanziarie	251
Gestione finanziaria in conto capitale e per programmi speciali	251
Ricerca e tecnologia	258
Ricerca sanitaria	258
Biotecnologie	260
Trapianti	262
Il tema della qualità nel Servizio sanitario nazionale	265
La qualità organizzativo aziendale	266
La qualità relazionale	269
La qualità tecnico professionale	270
Le linee guida nel servizio sanitario nazionale italiano	271
La qualità dell'informazione sanitaria	276
Accreditamento	279

III PARTE

Attivare il Piano sanitario nazionale e valutarne l'impatto	289
Lo stato della salute in Italia a confronto con gli altri stati europei	289
I principali provvedimenti adottati per raggiungere gli obiettivi di piano	295
La costruzione di un sistema informativo orientato alla comparazione e alla valutazione di obiettivi, processi ed esiti	305
Le indicazioni della programmazione	310
I modelli emergenti di programmazione	310
Disuguaglianze nella salute	314

PAGINA BIANCA

Prefazione

Signor Presidente, Onorevoli Colleghi,

nel presentare la Relazione sullo Stato sanitario del Paese 2000, che chiude il triennio 1998-2000 del Piano sanitario, non mi è difficile constatare la buona qualità del nostro sistema sanitario e i discreti risultati raggiunti, anche in raffronto con altri Paesi europei.

L'Organizzazione mondiale della sanità nel suo ultimo rapporto mondiale ci assegnava, relativamente alla capacità di soddisfare equamente i bisogni di cura dei cittadini, il secondo posto tra tutte le nazioni del mondo; e il primo in Europa nel rapporto tra il livello raggiunto e quello raggiungibile dal sistema sanitario migliore.

Questo ci consente di affermare che l'Italia possiede un'organizzazione sanitaria non solo ben funzionante, ma anche giudiziosa per quanto riguarda l'uso dei finanziamenti.

Indubbiamente ci attendono ancora alcuni obiettivi per migliorare ulteriormente il nostro sistema sanitario. Mi riferisco per esempio alle indicazioni della nuova medicina, quella tecnologicamente più avanzata, incanalata nella rete telematica, che prospetta una realtà alla quale è indispensabile adeguarsi in tempi brevi. Questa medicina è costituita da strutture ospedaliere (istituti di ricerca biomedica, ospedali universitari, ospedali terapeutici) diffuse in numero adeguato (e non eccessivo, come accade ora), architettonicamente moderne, dotate della tecnologia più avanzata, in cui il paziente sosta lo stretto indispensabile per avere cure efficaci ma soprattutto tempestive, senza patire l'ansia di liste di attesa.

Queste strutture terapeutiche dovranno essere circondate da laboratori, centri diagnostici, ambulatori sociosanitari, questi sì in gran numero, capillarmente disposti sul territorio, facilmente raggiungibili dal cittadino, dove egli possa trovare opportunità di diagnosi e di cura, e soprattutto di prevenzione. Sottolineo di prevenzione: proprio questa relazione mette in luce come lo stato sanitario della popolazione in un Paese moderno come l'Italia è largamente influenzato dagli stili di vita e che le più grandi occasioni di migliorarlo vengono dal modificarli se sono sbagliati e dall'intraprenderne altri che siano in grado di evitare o di allontanare il rischio di malattie. In conseguenza di questa territorializzazione dell'assistenza anche i medici di famiglia dovranno dotarsi di strumenti diagnostici ad alta complessità. Inoltre abbiamo presentato il nuovo modello di ospedale a forte componente tecnologica e ad alta qualità alberghiera e relazionale, cercando di integrare queste due esigenze che sono indispensabili per promuovere la salute all'interno delle strutture di ricovero e cura.

Altri passi sono necessari e sono stati definiti nel Piano sanitario 2001-2003 che ho consegnato agli organi istituzionali.

Ma se possiamo dire che il Servizio sanitario italiano ha raggiunto un buon livello di funzionamento, possiamo dire con altrettanta convinzione che il nostro sistema garantisce anche un soddisfacente stato di salute? Cioè quel "ben d'essere" che non consiste soltanto nel vivere in assenza di malattia ma di un equilibrio fatto di molti elementi, a cominciare dalle relazioni di affetto, dai rapporti umani che intratteniamo con gli altri, da ciò che mangiamo, respiriamo, acquistiamo, dalla casa che abitiamo, dalla città in cui viviamo?

Già in occasione della presentazione della Relazione sullo stato sanitario del Paese dello scorso anno avevo sottolineato che la conquista della salute non è più concepibile come un compito riservato unicamente agli operatori della sanità, ma deve diventare terreno su cui si confrontano e collaborano tutti i soggetti sociali e istituzionali. In realtà la domanda di salute è qualcosa di diverso della domanda di sanità.

Se la domanda di sanità è strettamente legata alla richiesta di prestazioni tecnico-professionali valide e garantite a tutti i cittadini, la domanda di salute riguarda i processi esistenziali e la qualità della vita e non può che avere come protagonista la comunità intera che è il luogo in cui trovano senso e concretezza le azioni e il nostro vivere quotidiano.

Basta ripercorrere, del resto, gli indicatori della Relazione, per rendersi conto che accanto ad alcune prestazioni più che apprezzabili sul piano strettamente sanitario - per esempio la maggiore longevità, la minore mortalità per tumori e per infarto, la minore mortalità infantile, la minore mortalità per AIDS, il maggiore controllo delle malattie infettive - emergano situazioni sempre più preoccupanti sul piano della qualità della vita e della salute dei cittadini. Pensiamo solo ad alcuni comportamenti fortemente pericolosi come il fumo e l'abuso di alcol; ai disturbi del comportamento alimentare che sconfinano nella anoressia e nella bulimia, all'obesità e al sovrappeso; alle morti evitabili per infortuni domestici e sul lavoro e per incidenti sulla strada che nascondono spesso cause legate a situazioni di malessere.

L'aumento di fenomeni come la depressione e l'insonnia; la dipendenza dai farmaci; alcuni epifenomeni di grande allarme sociale, come l'aumento dei suicidi, la pedofilia, la violenza all'interno della famiglia rappresentano spie chiare di una qualità di vita precaria.

Sono tutti sintomi di un "cattivo stato di salute" che contrastano con il "buon stato della sanità" e che mi hanno portato a convocare nel dicembre dello scorso anno la prima Conferenza nazionale sulla promozione della salute. Si tratta di un compito arduo ed è per questo che ho invitato gli altri Ministeri a concertare insieme le opportunità di promozione della salute.

Il Ministero della sanità con le sue articolazioni sul territorio può essere solo lo strumento operativo di indirizzo e orientamento. Ma è indispensabile un'azione corale di tutti gli altri Ministeri ciascuno nel proprio ambito di competenza e con le proprie risorse tecniche e scientifiche. Come è anche fondamentale il ruolo delle Regioni e di enti locali radicati nel tessuto sociale del Paese. La strategia verso il raggiungimento di un "buono stato di salute" ha l'obiettivo di restituire a una società civile, dai comportamenti spesso incivili, una natura comunitaria, di ritrovare una sua identità, di bloccare quei meccanismi di esclusione sociale che rischiano di isolare intere generazioni, come i minori, i giovani, gli anziani, dal processo di crescita della comunità. Soffriamo di un vuoto esistenziale che altro non è se non una scarsa qualità di vita e quindi una domanda di salute nella sua definizione essenziale che riguarda lo "star bene con sé stessi e con gli altri" all'interno di una vera comunità.

La Relazione 2000 mi sembra abbia decisamente individuato questo percorso; mantenendo la rigore scientifico dei dati conoscitivi che riguardano i bisogni sanitari dei cittadini e approfondendo la qualità dei servizi del Servizio sanitario con meticolosità e precisione.

Accanto a questi risultati sono stati fatti però passi significativi in direzione della domanda di salute, focalizzando il ruolo dei determinanti non sanitari ed aprendo il vasto terreno della prevenzione e della promozione della salute.

Umberto Veronesi
Ministro della Sanità

Introduzione

La Relazione del 2000 sullo stato sanitario del Paese che viene presentata in questo volume arriva al termine del triennio di competenza del Piano sanitario nazionale 1998-2000 e affronta il compito di illustrare le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio alla luce degli obiettivi posti da questo documento.

Nell'introdurre la Relazione del 1999 avevamo formulato l'obiettivo di orientare ed estendere il sistema degli indicatori per la descrizione dello stato sanitario della popolazione riferendoci al concetto di salute nel suo senso globale, alla strategia del patto di solidarietà per la promozione della salute e al carattere non statico ma di processo delle risposte ai bisogni di salute.

Il ministro Umberto Veronesi ha esercitato, lungo tutto l'anno 2000, uno stimolo costante e innovativo perché questo obiettivo fosse raggiunto.

In particolare, è stato progettato il percorso "dalla sanità alla salute" che era stato individuato dalla Relazione del 1999 quale logica e naturale conseguenza degli obiettivi del Piano sanitario 1998-2000 tutti orientati alla promozione della salute.

Ispiratori costanti dell'attività del Ministero in questo anno 2000 sono stati infatti la centralità del paziente nell'organizzazione dei servizi sanitari; e, accanto a questo elemento fondamentale, il richiamo all'intera comunità, perché assuma responsabilmente il compito di promuovere la salute attraverso i propri comportamenti e l'espressione di una cultura della solidarietà nei riguardi delle persone in condizione di malattia e di sofferenza. Nella stessa presentazione della relazione 1999 Umberto Veronesi aveva sottolineato l'esigenza di passare dal "welfare state" al "welfare community", da uno stato, cioè, che al vertice della piramide distribuisce assistenza e benessere a una comunità intera che assume in prima persona la responsabilità del proprio "ben d'essere".

La promozione della salute è dunque un obiettivo che può essere raggiunto solo attraverso il coinvolgimento di tutta la comunità e il passaggio "dalla sanità alla salute" può essere simbolicamente indicato come passaggio da una sanità concepita come problema individuale, che riguarda soprattutto la singola persona di fronte all'evento malattia, alla salute come obiettivo dell'insieme dei cittadini, di una comunità che vuole prendere in mano il proprio destino e che si organizza in modo da garantire a ogni cittadino l'espressione piena delle proprie potenzialità fisiche, psichiche e sociali.

Se ripercorriamo alcuni degli eventi sanitari che hannocaratterizzato quest'anno 2000, ritroviamo puntualmente un riferimento alla comunità e all'esigenza di promuovere comportamenti adeguati e finalizzati a una migliore qualità della vita per tutti.

Il 2000 è stato l'anno del "progetto Alzheimer", del "progetto obiettivo salute mentale" e della prima Conferenza nazionale sulla salute mentale, del "progetto obiettivo per le cure palliative", delle linee guida per l'Ospedale senza dolore e di una normativa che abolisce alcune restrizioni nell'uso dei farmaci derivati dall'oppio nei casi di grave sofferenza fisica dei pazienti.

È stato l'anno della battaglia al fumo, dell'approfondimento del disagio giovanile, dell'attenzione ai comportamenti alimentari ai fini della prevenzione di gravi patologie che vanno dall'anoressia e bulimia, all'obesità.

È stato l'anno della prevenzione dei tumori, con una particolare attenzione agli stili alimentari: l'anno della "mucca pazza" e di una rivisitazione di tutti i nostri modelli di produzione alimentare e di abitudini nutrizionali.

È stato l'anno dell'avvio di campagne informative e di modelli di gestione per diffondere una cultura favorevole ai trapianti di organi.

È stato l'anno dei primi prodotti dell'Osservatorio dei farmaci e della divulgazione dei dati delle schede di dimissione ospedaliera: due elementi importanti sul piano conoscitivo ed ai fini della programmazione regionale.

È stato l'anno della formulazione del "progetto obiettivo per la salute degli immigrati" e delle linee guida per gli operatori sanitari e per gli immigrati medesimi per garantire i diritti degli stranieri alle cure sanitarie.

È stato anche l'anno del nuovo "modello di ospedale" messo a punto dalla Commissione Piano, dell'avvio del programma dell'Educazione continua in medicina e dei criteri di accreditamento delle iniziative formative nel campo sociosanitario.

È stato l'anno della Commissione sull'utilizzo delle cellule staminali per finalità terapeutiche, del rilancio della ricerca clinica e sanitaria sulle biotecnologie, sulla BSE e su grandi progetti strategici, come l'integrazione sociosanitaria, la formazione, la salute mentale, gli anziani.

È stato, infine, l'anno della I Conferenza nazionale per la promozione della salute, nella quale il ministro della sanità ha invitato gli altri ministri responsabili dei dicasteri più vicini alla salute a intraprendere strategie di intervento concentrate.

Certo sono tutti eventi e stimoli culturali che devono poi trovare sul territorio il necessario radicamento e l'operatività organizzativa.

D'altra parte, è proprio del Piano sanitario e del ruolo del Ministero questa funzione prevalente di orientamento e di individuazione delle grandi linee di sviluppo da imprimere all'intervento sanitario.

È importante, però, sottolineare che queste grandi linee di evoluzione del Servizio sanitario nazionale e la cultura che è sottostante alla definizione degli scenari futuri prendono lo spunto dai contenuti innovativi del Piano sanitario 1998-2000 e tendono a rendere vincolante in tutte le aree di competenza del sistema sanitario il passaggio "dalla sanità alla salute".

L'attualità e l'importanza di questo cambiamento vengono del resto confermate dal nuovo Piano 2001-2003 che, non a caso, si intitola proprio "dalla sanità alla salute".

È questo un cambiamento culturale ormai radicato, che richiede però tempi lunghi di realizzazione, non foss'altro che per l'esigenza di rivedere e integrare tra loro i modelli organizzativi e gestionali dei diversi livelli decisionali di competenza operanti sul territorio: dai Comuni, alle Province, alle Regioni, sino allo Stato centrale.

Si tratta, inoltre, di approntare nuovi strumenti di misurazione della qualità dei servizi, nuovi indicatori di salute che comprendono la valutazione dei determinanti non sanitari, dati conoscitivi in grado di misurare gli stili di vita, i modelli di comportamento, le capacità dei diversi soggetti d'integrare le proprie risorse e perseguire congiuntamente obiettivi di promozione della salute.

“Una domanda di salute - affermava il ministro Umberto Veronesi nella sua apertura della I Conferenza nazionale per la promozione della salute - che non riguarda solo il mio Ministero, ma ci riguarda tutti come Governo, come Regioni ed enti locali, come istituzioni e come società civile, come semplici cittadini e come persone responsabili nelle nostre famiglie e nei nostri ruoli professionali pubblici e privati”. E proseguiva: “La salute è un bene oltre che un diritto, che potremmo definire rigido, irrinunciabile, sul quale non sono ammesse scorciatoie, non si possono imporre ticket, o dare deleghe al solo buon senso o alle sole forze dei cittadini. È un bene che appartiene a tutta la comunità che tutti, istituzioni e non, abbiamo il dovere di salvaguardare e perfezionare costantemente”.

Sono stati fatti importanti passi in avanti, rispetto alla Relazione 1999, come è facile constatare dalla ricchezza del materiale che presentiamo e da una maggiore solidità dei dati conoscitivi relativi al raggiungimento degli obiettivi del Piano.

Anche il sistema di rilevazione dei dati ha ricevuto un impulso innovativo con l'ultima indagine multiscopo dell'ISTAT, frutto di una stretta collaborazione con il Ministero e decisamente più orientata a una valutazione dei percorsi di salute, dei comportamenti e degli stili di vita.

Occorrono tempi, comunque, necessariamente lunghi per apprezzare gli effetti di un cambiamento così profondo nella cultura sanitaria del Paese; difficoltà di individuazione di nuovi indicatori di salute e di misurazione dei processi complessi che attengono alla promozione della salute; esigenza di una crescita collettiva di tutti gli attori che compongono la comunità per modificare metodologie di lavoro e strategie di intervento che permettano un passaggio al “welfare community”.

Tutto ciò poneva, anche a livello del Servizio studi e documentazione, l'esigenza di dotarsi di nuovi strumenti per realizzare adeguatamente il compito di elaborare annualmente la Relazione sullo stato sanitario del Paese. È in questo contesto, allora, che va collocata l'istituzione presso il Servizio studi di un Osservatorio per la promozione della salute.

È all'interno dell'Osservatorio che si intende, infatti, monitorare questo processo che ci porta dalla sanità alla salute attraverso una verifica sul territorio delle esperienze più significative in atto e dei comportamenti che vanno assumendo i diversi soggetti protagonisti del patto di solidarietà.

Così come è grazie alle future Conferenze nazionali per la promozione della salute che ci auguriamo di poter stimolare una riflessione costante all'interno della comunità sulle implicazioni che l'obiettivo della promozione della salute comporta ai fini della realizzazione di politiche programmatiche sempre più interistituzionali.

Se salute vuol dire benessere fisico, psichico e sociale, promuovere la salute non può non significare incidere profondamente sul nostro sistema di welfare.

Non può sfuggirci, allora, l'importanza fondamentale e insostituibile che assumono le azioni delle persone, dei gruppi sociali e delle generazioni nel raggiungimento dell'obiettivo di una migliore qualità di vita; una qualità di vita che non solo ci tuteli dai rischi di malattia, ma che permetta una piena valorizzazione di tutte le nostre risorse, da quelle fisiche a quelle psicologiche, sociali e ambientali.

Questo significa che per promuovere un nuovo stato sociale dobbiamo partire dai cittadini e sostenerli nell'attuazione di processi e percorsi responsabili di promozione del maggior “ben d'essere”.

Un compito nuovo per le istituzioni che devono trarre dalla potenzialità e dalla domanda

di protagonismo della società civile la propria futura vocazione. Istituzioni «materne» che siano in grado di cogliere le nuove potenzialità della società civile, le orientino positivamente in direzione di un maggior "ben d'essere", restituendo così alla nostra società una vocazione comunitaria, fondata sui valori dell'uguaglianza e della solidarietà sociale.

Claudio Calvaruso

Dirigente Generale

Direzione Generale Studi, Documentazione Sanitaria
e Comunicazione ai Cittadini

I PARTE

**QUALITÀ DI VITA DEI CITTADINI
DALLA TUTELA SANITARIA ALLA PROMOZIONE
DELLA SALUTE
LA DOMANDA INFORMATIVA NEL CAMPO
DELLA SALUTE**

PAGINA BIANCA

Qualità di vita dei cittadini

Il più importante fenomeno sanitario dell'Italia che si affaccia al terzo millennio paradossalmente non è direttamente legato all'organizzazione della medicina. Si tratta dell'invecchiamento demografico. Esso pone emergenze di carattere sanitario impreviste fino a pochi anni fa. L'Italia, in ogni caso, ha ormai raggiunto gli standard medici delle altre nazioni occidentali. Ma questa consapevolezza non può che esigere da parte della politica sanitaria un impegno sempre più deciso per affrontare nodi ancora stridenti come la necessità di superare le diseguaglianze e di diffondere l'informazione.

DINAMICA DEMOGRAFICA E STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

L'evoluzione demografica della popolazione italiana nel corso dell'ultimo decennio è stata caratterizzata da numerosi elementi di novità rispetto al passato. Fra questi, il dato più rilevante, in termini di incremento della popolazione, consiste nell'inversione dei ruoli tra la componente naturale e quella migratoria. Il saldo naturale, ovvero la differenza tra le nascite viventi e i decessi, che era tradizionalmente positivo, è divenuto negativo a causa della prolungata tendenza alla diminuzione delle nascite. Al contrario, il saldo migratorio, ovvero la differenza tra gli emigrati e gli immigrati, che era storicamente negativo, ha fatto registrare nel corso degli anni novanta valori positivi sempre più consistenti, a indicare che l'Italia da Paese di emigrazione è divenuto Paese di immigrazione. Spetta, dunque, alla componente migratoria il ruolo di componente attiva dell'incremento totale della popolazione. Il saldo naturale e quello migratorio tendono, inoltre, a essere sempre più vicini in valore assoluto e questo dà luogo a un incremento della popolazione sempre più contenuto.

All'1 gennaio 2000 la popolazione residente in Italia risultava pari a 57.680.000 unità, con una crescita rispetto all'1 gennaio 1999 dell'1,2 per mille. La variabilità regionale è molto accentuata: si osserva infatti un aumento della popolazione residente nel Nord e nel Centro del Paese, con un tasso annuo di incremento di circa il 2,9 per mille, mentre si conferma la tendenza alla diminuzione della popolazione residente nelle regioni del Mezzogiorno (-2 per mille).

L'incremento della popolazione nelle regioni centro-settentrionali e la diminuzione in quelle meridionali sono dovuti alla diversa dinamica del saldo naturale e migratorio nelle tre ripartizioni geografiche.

Nel 1999 si è registrato complessivamente per l'Italia un saldo negativo tra nati e morti di 34.114 unità, pari a un quoziente di saldo naturale di -0,6 per mille abitanti residenti. L'evoluzione del saldo naturale della popolazione italiana mostra un eccesso di decessi rispetto ai nati vivi a partire dal 1993. Esistono, tuttavia, notevoli differenze a livello regio-

nale. Le regioni del Meridione e delle Isole sono ancora caratterizzate da una dinamica naturale positiva, evidenziata da tassi di incremento naturale pari rispettivamente al 2,1 e all'1 per mille, al contrario nelle regioni del Nord e del Centro i decessi superano le nascite e i tassi di incremento naturale si attestano su valori pari a -2 per mille abitanti.

Nel 1999 i nati vivi della popolazione residente sono stati 537.200, risultando in lieve aumento rispetto ai 532.800 del 1998. Una momentanea crescita delle nascite si era già registrata negli anni 1996-1997, tuttavia non si può ancora ravvisare un'inversione significativa della tendenza di fondo del fenomeno, che vede le nascite in costante declino, in Italia, a partire dalla seconda metà degli anni settanta.

Le regioni settentrionali e centrali mostrano comportamenti riproduttivi piuttosto simili tra loro, presentando quozienti di natalità pari a circa 8,7 nati vivi per mille abitanti residenti, mentre nel Meridione e nelle Isole i valori del tasso di natalità sono rispettivamente pari al 10,6 e al 10,1 per mille. Il valore medio nazionale è di 9,3 nati per mille residenti.

Il numero dei decessi, in lieve aumento a livello nazionale nel corso degli anni più recenti, nel 1999 è diminuito di circa il 10 per mille rispetto al 1998, con 571.356 decessi.

L'incidenza dei decessi sulla popolazione presenta una significativa variabilità regionale: il Mezzogiorno è infatti caratterizzato da un tasso di mortalità pari a circa 9 deceduti per mille abitanti, rispetto agli 11 deceduti per mille abitanti del Centro e del Nord. Il saldo migratorio (si tratta di un dato che considera insieme il saldo migratorio con l'estero, la mancata coincidenza tra gli iscritti e i cancellati da e per altri comuni italiani dovuta allo sfasamento temporale tra i due eventi e le operazioni di revisione e controllo effettuate dalle anagrafi) si conferma positivo anche nel 1999, ammontando a 101.394 unità. In termini relativi il tasso di incremento migratorio, a livello nazionale, è pari a 1,8 per mille abitanti.

Anche nel caso della dinamica migratoria, tuttavia, esiste una grande variabilità regionale, cui contribuiscono non solo i flussi di immigrazione da e per l'estero, ma anche la consistenza degli spostamenti di popolazione all'interno del Paese. Livelli positivi del tasso di incremento migratorio si registrano al Nord e al Centro Italia, rispettivamente 4,1 per mille nel Nordovest, 6,8 per mille nel Nordest e 4 per mille al Centro. Nel Meridione e nelle Isole, al contrario, il saldo migratorio è negativo, pari rispettivamente a -4,1 e -2,9 per mille. Le regioni del Centro e del Nord continuano, dunque, ad attrarre popolazione sia dall'estero sia dal Mezzogiorno del Paese. Per quanto riguarda i flussi costituiti da immigrazioni dall'estero, è possibile monitorare il fenomeno della presenza straniera stabile utilizzando le informazioni sui cittadini stranieri iscritti nelle anagrafi. Gli stranieri iscritti in anagrafe all'1 gennaio 1999 erano circa 1.116.000, risultando in forte espansione rispetto al 1991, quando erano circa 537.100. La crescita è stata sostenuta soprattutto per gli extracomunitari, il cui peso percentuale sul totale degli stranieri iscritti in anagrafe in questi anni è passato dal 79,3 per cento all'87 per cento. Si registra inoltre una netta concentrazione di stranieri nelle regioni del Nord (54 per cento) e una presenza minore nel Centro (29,5 per cento) e nel Mezzogiorno (16,5 per cento).

Un'altra fonte che consente di valutare la presenza straniera regolare è costituita dai dati sui permessi di soggiorno. Gli stranieri presenti sul territorio italiano, secondo la rilevazione dei permessi di soggiorno all'1 gennaio 1999 (dati elaborati dall'ISTAT su fonte del Ministero dell'interno), erano 1.090.800, in crescita rispetto ai 648.900 del 1991. La presenza degli extracomunitari è aumentata dall'85,9 per cento del totale del 1991 all'87,7 per cento del 1998 e il loro peso relativo è superiore nel Mezzogiorno (91,8 per cento) rispetto alle altre

parti di Italia (Nord, 86,8 per cento; Centro 84,8 per cento). La mutata dinamica della popolazione italiana ha rilevanti conseguenze sulla sua struttura per età. Pur rimanendo sostanzialmente stabile il numero di persone residenti, la quota di giovani va progressivamente riducendosi per effetto della progressiva contrazione delle nascite. All'1 gennaio 2000 la proporzione di giovani in età inferiore a 15 anni era pari al 14 per cento (era il 16 per cento nel 1991 e superava il 21 per cento all'inizio degli anni ottanta). Per contro, le persone con almeno 65 anni sono attualmente circa il 18 per cento della popolazione (erano il 15 per cento nel 1991 e il 13 per cento nel 1982) e, all'interno di questo gruppo, è in costante aumento la proporzione attribuibile alle età più avanzate della vita: la quota di popolazione di età superiore a 79 anni è pari a circa il 5 per cento. Il fenomeno è noto come invecchiamento della popolazione e può essere misurato sinteticamente mediante il rapporto tra le persone con età di 65 anni e oltre e i giovani di età inferiore a 15 anni. Questo rapporto, noto come indice di vecchiaia, è aumentato in maniera consistente: all'1 gennaio 2000 per ogni 100 giovani di età inferiore a 15 anni si contavano, a livello nazionale, 125 persone con oltre 64 anni di età, quasi il doppio rispetto alle 62 di 65 anni e oltre che si avevano per 100 giovani nel 1982. L'indice è assai più elevato per la popolazione femminile (149 per le femmine contro 97 per i maschi) e risulta inoltre quasi il doppio al Nord (155) rispetto alle regioni del Mezzogiorno (89).

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è il risultato sia della diminuzione della fecondità sia dell'allungamento della vita media.

L'Italia si distingue per avere un livello di fecondità tra i più bassi del mondo e livelli di sopravvivenza tra i più alti.

Il tasso di fecondità totale (pari alla somma dei quozienti tra i nati vivi da madri di età compresa tra 15 e 49 anni e l'ammontare medio annuo della popolazione femminile di quelle età), noto come TFT, rappresenta l'indicatore più appropriato per monitorare il fenomeno della denatalità, in quanto consente di misurare il numero medio di figli per ogni donna in età feconda. La stima del TFT riferita all'anno 1999 è pari a 1,2 figli per donna, valore che si mantiene sostanzialmente stabile dal 1996.

La diminuzione della fecondità è legata, come è noto, alla profonda trasformazione nei comportamenti riproduttivi e familiari avvenuti in Italia a partire dalla seconda metà degli anni settanta. Dai tradizionali valori di circa tre figli per donna, caratteristici degli anni prebellici e immediatamente successivi, l'indice di fecondità ha iniziato a diminuire e tale diminuzione non ha conosciuto finora alcuna interruzione. Neanche la momentanea ripresa delle nascite osservata nella metà degli anni sessanta, nota come baby-boom, può essere interpretata come una reale inversione di tendenza. Se si osserva il comportamento delle successive generazioni di donne che hanno concluso o stanno per concludere la loro esperienza riproduttiva si può constatare come in nessuna generazione ci sia stato un aumento del numero medio di figli.

Le alterne vicende di incremento e riduzione della fecondità riferita ai singoli anni di calendario sono attribuibili, infatti, non solo al mutare dell'intensità della fecondità delle successive generazioni di donne, ma anche alla tendenza ad anticipare o posticipare l'esperienza riproduttiva. Il fenomeno del baby-boom, cui si è accennato in precedenza, è stato, in realtà, dovuto quasi completamente all'anticipazione della maternità da parte di alcune ben individuate generazioni e in alcune regioni, piuttosto che a un effettivo incremento della propensione a procreare delle donne italiane.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 1. Movimenti della popolazione (anno 1999)

regioni e ripartizioni	nati vivi	morti	saldo tra iscritti e cancellati *	tasso di incremento naturale per 1.000 abitanti	tasso di natalità per 1.000 abitanti	tasso di mortalità per 1.000 abitanti	tasso di incremento migratorio per 1.000 abitanti
Piemonte	34.639	50.255	15.030	-3,6	8,1	11,7	3,5
Valle d'Aosta	1.103	1.282	529	-1,5	9,2	10,7	4,4
Lombardia	82.285	87.512	41.754	-0,6	9,1	9,7	4,6
Trentino-Alto Adige	10.594	8.249	4.337	2,5	11,4	8,8	4,6
Veneto	41.720	43.051	25.485	-0,3	9,3	9,6	5,7
Friuli-Venezia Giulia	9.100	14.579	6.735	-4,6	7,7	12,3	5,7
Liguria	10.998	22.404	4.740	-7,0	6,8	13,8	2,9
Emilia-Romagna	31.857	46.289	35.808	-3,6	8,0	11,7	9,0
Toscana	27.093	41.702	22.438	-4,1	7,7	11,8	6,4
Umbria	6.612	9.369	5.570	-3,3	7,9	11,2	6,7
Marche	12.190	15.322	8.672	-2,1	8,4	10,5	5,9
Lazio	50.658	49.642	8.033	0,2	9,6	9,4	1,5
Abruzzo	10.768	13.116	4.034	-1,8	8,4	10,3	3,2
Molise	2.776	3.557	-212	-2,4	8,5	10,8	-0,6
Campania	68.669	47.202	-33.089	3,7	11,9	8,2	-5,7
Puglia	42.444	32.584	-11.043	2,4	10,4	8,0	-2,7
Basilicata	5.645	5.503	-1.812	0,2	9,3	9,1	-3,0
Calabria	19.612	17.717	-16.135	0,9	9,5	8,6	-7,8
Sicilia	54.879	47.857	-17.462	1,4	10,8	9,4	-3,4
Sardegna	13.600	14.164	-2.018	-0,3	8,2	8,6	-1,2
Nordovest	129.025	161.453	62.053	-2,1	8,6	10,7	4,1
Nordest	93.271	112.158	72.365	-1,8	8,8	10,6	6,8
Centro	96.553	116.035	44.713	-1,8	8,7	10,5	4,0
Meridione	149.914	119.679	-58.257	2,1	10,6	8,5	-4,1
Isole	68.479	62.021	-19.480	1,0	10,2	9,2	-2,9
Italia	537.242	571.356	101.394	-0,6	9,3	9,9	1,8

* si tratta di un dato contabile che considera sia le iscrizioni e le cancellazioni anagrafiche rispettivamente da e per l'estero sia le iscrizioni e cancellazioni anagrafiche da e per altro comune.

fonte: ISTAT.

Successivamente è emersa un'importante tendenza al posticipo dell'esperienza riproduttiva: la nascita del primo figlio, che a metà degli anni sessanta si verificava mediamente prima dei 25 anni, ora avviene in media solo dopo i 28 anni.

Un posticipo così importante ha, evidentemente, a sua volta conseguenze sul numero complessivo di figli. La probabilità di avere un figlio di ordine superiore al secondo è infatti in costante e rapida diminuzione e il modello familiare destinato a prevalere sembra essere quello di uno o al massimo due figli per coppia. La variabilità territoriale della denatalità diventa evidentissima osservando gli indicatori sintetici di fecondità per regione.

Ben sei regioni del Centro e del Nord - Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Umbria - si distinguono per livelli di fecondità appena superiori a un figlio o al di sotto di un figlio per donna (Liguria). La maggior parte delle regioni del Mezzogiorno, pur presentando livelli storicamente più elevati, ha registrato negli anni più recenti ritmi di decremento della fecondità decisamente più sostenuti che nel resto del Paese, a indicare il loro rapido avvicinamento ai livelli del Centro e del Nord. La Campania resta la regione con la più elevata fecondità: 1,6 figli per donna. Tutte le regioni presentano, dunque, attualmente livelli di fecondità ben al di sotto del cosiddetto livello di sostituzione, ovvero il valore teorico di TFT che consentirebbe, dati gli attuali livelli medi di sopravvivenza, di mantenere invariato l'ammontare della popolazione. Il perdurare di questa tendenza non potrà quindi che tradursi in un deficit di popolazione.

Nella tabella 1 sono riportati i dati relativi ai movimenti della popolazione nell'anno 1999, distribuiti per regione e ripartizione geografica, e nella tabella 2 i tassi di fecondità totale per 1.000 donne di età compresa tra 15 e 49 anni negli anni 1981 e 1999, distribuiti per regione di residenza.

NATIMORTALITÀ, ABORTIVITÀ SPONTANEA, ABORTIVITÀ VOLONTARIA

Tra i fenomeni che influiscono sui livelli di fecondità rientrano gli esiti negativi delle gravidanze, ovvero la natimortalità, l'abortività volontaria e quella spontanea.

Per quanto riguarda la natimortalità, al pari della mortalità infantile, i livelli sono andati drasticamente diminuendo dagli anni settanta a oggi. In numero assoluto si è passati da circa 13.400 nati morti nel 1971 a 2.062 nel 1999, con una riduzione del 65 per cento tra il 1971 e il 1981, del 35 per cento nel periodo 1981-1991 e del 33 per cento tra il 1991 e il 1999. A questi valori hanno corrisposto quozienti di natimortalità variabili da 14,6 nati morti ogni 1.000 nati a inizio periodo a 3,9 a fine periodo. Nel 1999 i livelli di natimortalità erano sensibilmente più bassi al Centro Italia e più alti al Nord e al Sud (figura 1).

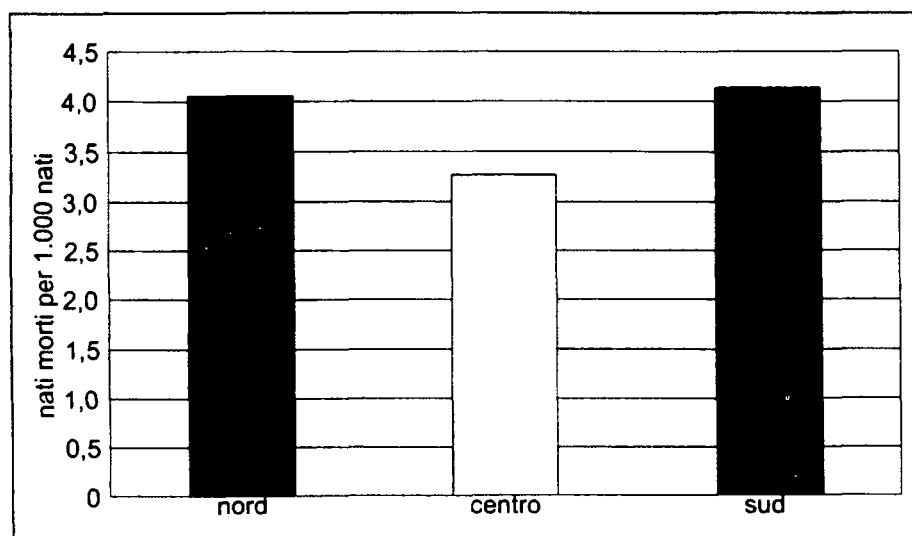


Figura 1
Natimortalità
suddivisa
per ripartizione
geografica
(anno 1999),
dati provvisori.

Tabella 2. Tassi di fecondità totale per 1.000 donne di età compresa tra 15 e 49 anni distribuiti per regione di residenza (anni 1981 e 1999)

regioni e ripartizioni	1981	1999 (*)
Piemonte	1,273	1,087
Valle d'Aosta	1,177	1,312
Lombardia	1,331	1,139
Trentino-Alto Adige	1,597	1,434
Veneto	1,376	1,148
Friuli-Venezia Giulia	1,163	1,027
Liguria	1,093	967
Emilia-Romagna	1,121	1,034
Toscana	1,246	1,036
Umbria	1,457	1,095
Marche	1,448	1,114
Lazio	1,494	1,165
Abruzzo	1,720	1,183
Molise	1,812	1,209
Campania	2,224	1,571
Puglia	2,121	1,384
Basilicata	2,017	1,282
Calabria	2,155	1,326
Sicilia	2,040	1,485
Sardegna	1,868	1,106
Nord	1,283	1,113
Centro	1,408	1,114
Sud	2,081	1,416
ITALIA	1,597	1,232
(*) valori stimati		
fonte: ISTAT		

Il fenomeno dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) è rilevato dall'ISTAT da quando la normativa (legge 22 maggio 1978, n.194, recante "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza") ha dato facoltà alle donne di interrompere la gestazione entro il 90° giorno dal concepimento. Nei primi anni ottanta si era osservato un aumento del ricorso all'IVG, sostanzialmente dovuto a una maggiore copertura della rilevazione e a un progressivo rientro nella legalità degli aborti precedentemente effettuati in clandestinità, ma negli anni successivi si è verificata una netta riduzione da oltre 207.000 casi nel 1980 a 138.000 casi nel 1998, con un massimo nel 1983 di circa 230.000 interventi. Il tasso di abortività volontaria si è così ridotto da 15,3 IVG per 1.000 donne in età feconda a 9,5. La diminuzione dei livelli di fecondità (tabella 2) spiega sicuramente una quota di queste variazioni, ma il fatto che i ritmi di decremento delle IVG siano più sostenuti di quelli relativi alla fecondità fa ipotizzare che vi sia stata anche una minore propensione a ricorrere all'abortività volontaria. Tale affermazione è suffragata dai risultati dell'ultima indagine sulla fecondità in Italia, condotta negli anni 1995-1996, da cui emerge che le donne hanno sempre più fatto ricorso a metodi di controllo delle nascite e, soprattutto, hanno cominciato a preferire metodi contraccettivi più sicuri rispetto a metodi con una

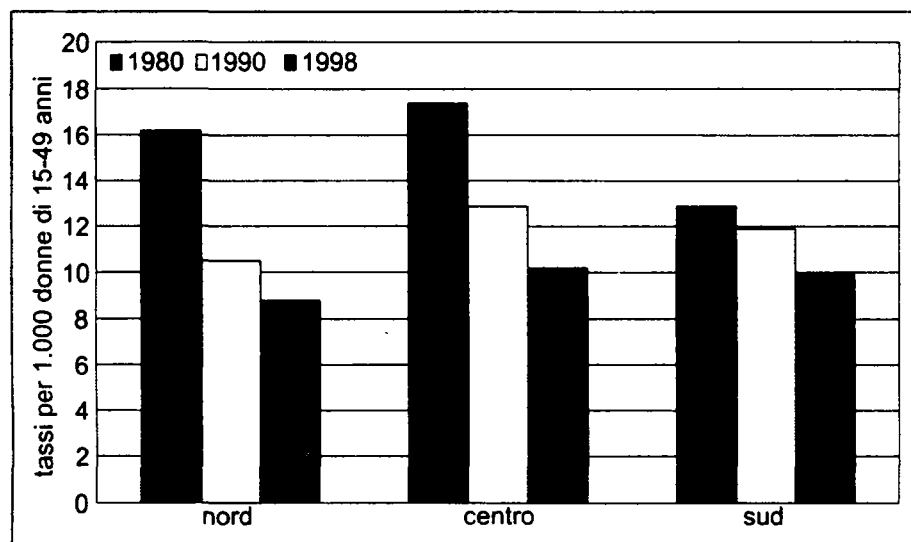


Figura 2.
Interruzioni
volontarie
di gravidanza
suddivise
per ripartizione
geografica (anni
1980, 1990, 1998).

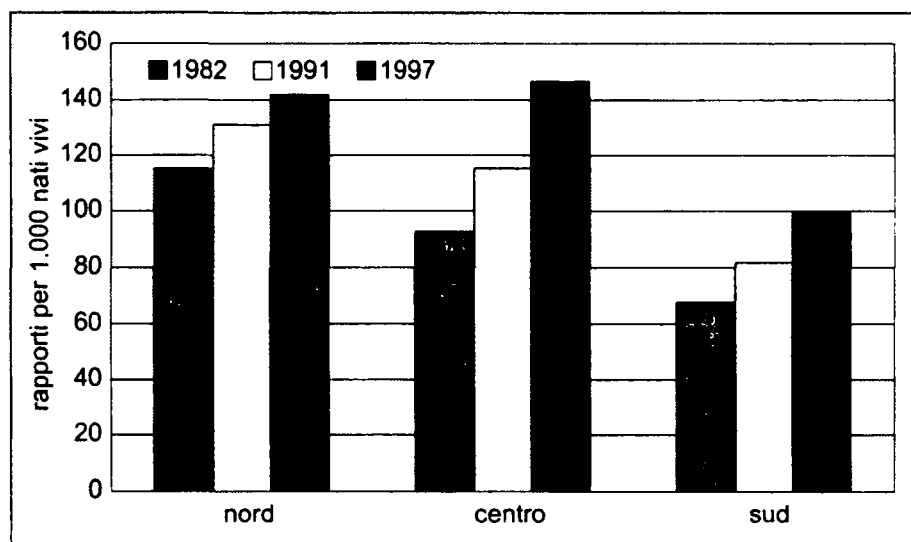


Figura 3.
Aborti spontanei
suddivisi
per ripartizione
geografica
(anni 1982, 1991,
1997).

maggior frequenza di insuccessi. Per quanto riguarda le classi di età, i livelli di abortività volontaria sono più elevati tra i 20 e i 39 anni, ovvero nelle età in cui si concentra la quota maggiore di fecondità. L'andamento temporale è comunque decrescente in tutte le classi, con un'unica eccezione: negli ultimi anni si è assistito a una ripresa dei tassi nelle giovanissime (tra 15 e 19 anni di età). Questa tendenza potrebbe essere l'inizio di un allineamento con gli altri Paesi europei più evoluti, dove l'abortività volontaria è un fenomeno in prevalenza extraconiugale, legato a una sessualità meno suscettibile di programmazione contraccettiva e più separata da progetti di profezione.

Il declino del ricorso all'IVG è stato evidente su tutto il territorio italiano, ma si è realizzato con modi differenti nelle diverse ripartizioni geografiche (figura 2). Il Nord è l'area del Paese che, partendo da livelli di abortività volontaria piuttosto elevati, ha fatto registrare le diminuzioni più forti (-46 per cento tra il 1980 e il 1998), divenendo a fine periodo l'area geografica con i tassi più bassi. Il Centro, che ha sempre avuto tassi di abortività più alti, ha comunque fatto registrare diminuzioni importanti (-41 per cento), ma rimane a tutt'oggi l'area con i livelli più elevati. Nel Mezzogiorno, invece, variazioni percentuali più contenute

Tabella 3. Aborti spontanei nel periodo 1982-1998

	1982	1991	1998
aborti spontanei	56.157	58.966	66.666
aborti spontanei per 1.000 nati vivi (*)			
totale	89,2	105,7	127,0
15-19 anni	75,7	107,2	139,3
20-24 anni	64,2	79,5	99,9
25-29 anni	71,5	82,6	96,3
30-34 anni	97,9	102,4	113,4
35-39 anni	169,0	180,5	198,1
40-44 anni	418,0	450,7	477,9
45-49 anni	1.017,8	1.782,3	1.195,1
(*) Il dato più recente si riferisce al 1997			
fonte: ISTAT			

hanno fatto sì che da area con tassi di abortività particolarmente bassi nel 1980 divenisse, negli anni '90, la seconda ripartizione geografica dopo il Centro Italia. In questo caso occorre però tenere presente che la bassa abortività volontaria del primo decennio poteva derivare da un'inerzia del fenomeno di clandestinità (maggiore reticenza a far rientrare negli aborti illegali quelli clandestini).

L'abortività spontanea è definita dalla normativa vigente come l'interruzione involontaria di gravidanza entro il 180° giorno compiuto di amenorrea. Diversamente dagli altri due fenomeni, il numero di casi di aborto spontaneo è aumentato, passando da 56.157 nel 1982 a 66.666 nel 1998; a tale aumento ha corrisposto un incremento dei rapporti di abortività spontanea, rispettivamente pari a 89 e 127 per 1.000 nati vivi (tabella 3). Questo andamento può essere stato determinato sia da un progressivo miglioramento nel tempo della rilevazione sia da una maggiore diffusione dei fattori di rischio.

Per esempio, l'età della donna è oggi riconosciuta come uno dei principali fattori di rischio. I rapporti di abortività spontanea sono aumentati nel tempo in tutte le classi di età (tabella 3). Inoltre, mostrano un andamento esponenziale con l'avanzare dell'età. Ciò potrebbe trovare in parte spiegazione nel parallelo spostamento in avanti dell'età media al momento del concepimento. Le donne tendono sempre più a procrastinare le gravidanze: l'età media alla nascita del primo figlio, come detto, è passata nel periodo di osservazione da 25 a oltre 28 anni e l'età media al momento del parto da 27 a circa 30 anni.

L'incremento dei rapporti di abortività spontanea ha interessato tutte le ripartizioni geografiche ma con ritmi differenziati (figura 3). Il Nord ha fatto registrare le variazioni più contenute (+23 per cento tra il 1982 e il 1997), ma partiva da livelli decisamente più alti delle altre aree. Il Centro, che a inizio periodo si trovava in una posizione intermedia, ha sperimentato un aumento del 58 per cento dei rapporti, portandosi in prima posizione nel 1997, con 146 aborti spontanei ogni 1.000 nati vivi. Il Mezzogiorno, che è anche la ripartizione geografica in cui l'età media al momento del parto è anticipata rispetto al resto d'Italia, è rimasto per tutto il periodo l'area con livelli di abortività spontanea più bassi, facendo comunque registrare un incremento del 47 per cento dei rapporti.

CONDIZIONI DI VITA

Le persone che godono di una posizione sociale privilegiata, hanno un titolo di studio elevato o svolgono un lavoro di prestigio e ben remunerato vivono più a lungo e si ammalano meno rispetto alle persone che hanno una posizione sociale inferiore, non accedono all'istruzione superiore o svolgono professioni meno remunerative e meno accreditate. Nella nostra società, a dispetto del generale miglioramento dello stato di salute della popolazione, la distanza tra poveri e ricchi riguardo alla opportunità di vita e di salute è rimasta invariata o è aumentata. Queste disparità tra diversi settori della popolazione italiana si sono consolidate malgrado tutte le politiche di welfare degli ultimi decenni. Il presente capitolo si propone di esaminare i principali fattori di pressione che agiscono sullo scenario socioeconomico italiano e di prevedere quali effetti, positivi o negativi, essi potranno produrre sulla salute.

Posizione e classe sociale. La posizione sociale degli individui e la loro collocazione nella struttura di potere e di privilegi sociali hanno un legame, talvolta particolarmente stretto, con le condizioni di salute. L'analisi della relazione tra posizione sociale e salute richiede la definizione di un modello di rappresentazione della posizione sociale degli individui e delle loro famiglie. I modelli in uso nella ricerca sociale possono essere raggruppati in due grandi famiglie. Alla prima appartengono i modelli che fanno riferimento alla teoria della stratificazione sociale, i quali prestano attenzione principalmente alle disuguaglianze distributive - disuguaglianze di reddito, di prestigio, di consumo eccetera - che separano le posizioni, o meglio, i ruoli di cui si compone una società. Alla seconda famiglia appartengono i modelli che fanno riferimento alla teoria delle classi. L'attenzione cade, in questo caso, sulle disuguaglianze relazionali e sulle disuguaglianze di potere. Su entrambe queste scale il tipo di occupazione svolta influenza lo stato di salute direttamente, attraverso l'esposizione a fattori di rischio fisici o psicosociali (grado di controllo sulle azioni e sulle relazioni sociali) negli ambienti di lavoro, e indirettamente, come determinante delle condizioni materiali di vita. Dato che la suddivisione della popolazione in classi occupazionali è in continuo cambiamento (tabella 4), con un aumento della classe media impiegatizia e dei servizi e una diminuzione della classe operaia e agricola, che gode generalmente di uno stato di salute più sfavorevole, è verosimile che nei prossimi anni la percentuale della popolazione in buona salute possa aumentare.

Livello di istruzione. Uno tra i più consolidati risultati della ricerca epidemiologica riguarda la relazione - inversa - tra grado di istruzione e salute. Il titolo di studio costituisce un buon indicatore del possesso di capitale culturale e capitale sociale, che sono fattori determinanti del buono stato di salute. Le conoscenze, le competenze, gli atteggiamenti, i valori e le preferenze temporali costituiscono il capitale di risorse per la salute di un individuo. La conoscenza delle conseguenze nocive di alcuni comportamenti, per esempio il consumo di tabacco o il rifiuto di partecipare a un programma di screening, costituiscono un importante fattore di promozione della salute, come anche il disporre di nozioni con cui far adeguatamente fronte a una inattesa emergenza sanitaria, quale può essere l'ingestione involontaria di una sostanza tossica o il primo manifestarsi dei sintomi di un infarto. Non meno importanti sono le competenze linguistiche e relazionali che facilitano l'accesso e l'utilizzazione dei servizi sanitari. La razionalità nella propensione al rischio, conseguente a particolari credenze e valori, rappresenta un altro esempio tipico dell'importanza del capitale culturale in

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

**Tabella 4. Occupati per settore di attività economica e posizione nella professione
anni 1993, 1999 (valori assoluti in migliaia e composizioni percentuali)**

posizione nella professione	settore di attività economica							
	agricoltura		industria		altre attività		totale	
	1993	1999	1993	1999	1993	1999	1993	1999
<i>valori assoluti in migliaia</i>								
indipendenti	896	686	1.482	1.497	3.495	3.686	5.873	5.869
imprenditori	28	42	174	212	133	210	335	464
liberi professionisti	5	6	94	137	543	806	641	950
lavoratori in proprio	655	477	971	903	2.148	2.023	3.774	3.403
soci di cooperativa di produzione	10	20	54	73	82	161	146	255
coadiuvanti	199	141	189	172	589	486	977	798
dipendenti	593	449	5.513	5.253	8.505	9.121	14.611	14.823
dirigenti	5	4	86	74	233	253	324	330
direttivi-quadro	4	5	113	150	608	792	726	947
impiegati o Intermedi	44	40	1.186	1.212	4.700	5.108	5.931	6.359
operai, subalterni ed assimilati	536	398	3.984	3.710	2.872	2.883	7.392	6.991
apprendisti	2	2	110	90	73	77	184	169
lavoranti a domicilio per conto imprese	1	0	34	18	18	8	53	26
totale	1.488	1.134	6.995	6.750	12.000	12.807	20.484	20.692
posizione nella professione	settore di attività economica							
	agricoltura		industria		altre attività		totale	
	1993	1999	1993	1999	1993	1999	1993	1999
<i>percentuali di riga</i>								
indipendenti	15,3	11,7	25,2	25,5	59,5	62,8	100,0	100,0
<i>percentuali di colonna</i>								
imprenditori	3,1	6,1	11,7	14,2	3,8	5,7	5,7	7,9
liberi professionisti	0,5	0,9	6,3	9,2	15,5	21,9	10,9	16,2
lavoratori in proprio	73,1	69,5	65,5	60,3	61,5	54,9	64,3	58,0
soci di cooperativa di produzione	1,1	2,9	3,7	4,9	2,3	4,4	2,5	4,3
coadiuvanti	22,2	20,6	12,8	11,5	16,9	13,2	16,6	13,6
<i>percentuali di riga</i>								
dipendenti	4,1	3,0	37,7	35,4	58,2	61,5	100,0	100,0
<i>percentuali di colonna</i>								
dirigenti	0,8	0,9	1,6	1,4	2,7	2,8	2,2	2,2
direttivi-quadro	0,7	1,1	2,1	2,9	7,2	8,7	5,0	6,4
impiegati o Intermedi	7,5	8,9	21,5	23,1	55,3	56,0	40,6	42,9
operai, subalterni ed assimilati	90,5	88,6	72,3	70,6	33,8	31,6	50,6	47,2
apprendisti	0,3	0,4	2,0	1,7	0,9	0,8	1,3	1,1
lavoranti a domicilio per conto imprese	0,2	0,0	0,6	0,3	0,2	0,1	0,4	0,2
<i>percentuali di riga</i>								
totale	7,3	5,5	34,2	32,6	58,6	61,9	100,0	100,0

**Tabella 5. Popolazione residente di età superiore a 6 anni per titolo di studio
anni 1997-1999 (valori assoluti in migliaia e composizione percentuale)**

anno	titolo di studio					
	licenza scuola elementare o nessun titolo	licenza scuola media inferiore	qualifica professionale	diploma scuola media superiore	diploma universitario, laurea e dottorato	totale
<i>valori assoluti</i>						
1997	20.571	17.003	2.337	10.748	2.971	53.630
1998	20.443	16.622	2.417	10.985	3.305	53.772
1999	20.442	16.404	2.554	11.255	3.267	53.922
<i>percentuali di riga</i>						
1997	38,4	31,7	4,4	20,0	5,5	100,0
1998	38,0	30,9	4,5	20,4	6,1	100,0
1999	37,9	30,4	4,7	20,9	6,1	100,0

fonte: ISTAT

quanto fattore di conservazione della salute. Capitale culturale e salute sono inoltre legati tra loro in via indiretta: la conoscenza accresce il senso di autostima e il sentimento del proprio valore e questi sentimenti hanno un vigoroso impatto positivo sulla salute. L'altra risorsa per la salute è il capitale sociale, cioè il determinante dell'estensione e dell'affidabilità delle reti di relazioni sociali entro cui è inserito ciascun individuo. Ciò che circola in queste reti - informazioni, fiducia e sostegno - è fattore fondamentale per assicurare il benessere e la salute delle persone e per garantire la tempestività e l'accuratezza delle diagnosi. Per esempio, la rete di relazioni personali è un determinante importante dell'efficacia dei processi di cura e riabilitazione. Capitale culturale e capitale sociale, sotto questo profilo assai simili al capitale economico, possono essere trasmessi da una generazione alla successiva, dove chi eredita aggiunge a quello ricevuto il capitale accumulato autonomamente.

Istruzione e salute in età adulta sono inoltre correlate attraverso la mediazione del tipo di competenze professionali acquisite, con tutto ciò che ne consegue in termini di ambiente di lavoro e situazione di mercato. Il livello di istruzione della società italiana continua a migliorare (tabella 5) e ci si può aspettare che anche questa tendenza positiva possa contribuire a ridistribuire il capitale di salute nella popolazione in senso più ugualitario, anche se non è sicuro quanto il titolo di istruzione continuerà in futuro a essere un indicatore sensibile delle differenze culturali e sociali presenti nella popolazione.

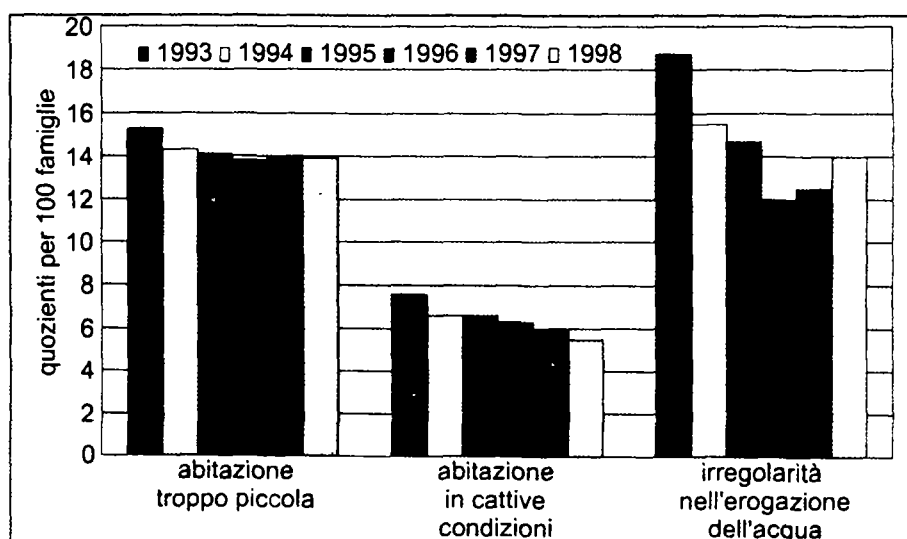
Abitazione. Agli albori dell'epidemiologia sociale già si utilizzavano le caratteristiche delle abitazioni come indicatori in grado di rilevare lo stato di salute di una popolazione. Le qualità igieniche dell'abitazione, insieme con il grado di sicurezza e disponibilità di questo bene, hanno una relazione particolarmente stretta con la mortalità e la morbosità di una popolazione. Il titolo di godimento dell'abitazione, per esempio, è un'efficace indicatore della sicurezza economica e sociale delle famiglie. Questa figura si è mantenuta su livelli pressoché stabili nel corso degli anni novanta: il 69 per cento circa delle abitazioni risulta di proprietà. Le difficoltà di una crisi economica - si pensi soprattutto ai suoi riflessi sul mercato del lavoro - ma anche le difficoltà che hanno origine all'interno della famiglia (la malattia invalidante di un congiunto, la rottura di un legame coniugale) possono essere affrontate più facilmente se si sa di poter contare sulla proprietà della casa in cui si vive. Gli indicatori relativi

alla qualità delle abitazioni dal punto di vista del comfort abitativo mostrano andamenti favorevoli nel tempo (figura 4). Anche questi indicatori fanno quindi immaginare nel futuro un miglioramento medio della salute della popolazione.

Relazioni familiari e sociali. Alla determinazione dello stato di salute di un individuo contribuisce anche la configurazione della famiglia di cui è parte, la quale spesso rappresenta una risorsa ma talvolta un detrimento. Il rapporto tra salute e famiglia può svilupparsi attraverso tre meccanismi. Il primo copre i rapporti causali diretti che legano, ora per un verso ora per l'altro, famiglia e salute. Un particolare tipo di situazione familiare può determinare uno specifico esito di salute, per esempio la perdita del coniuge potrebbe aumentare nel breve periodo il rischio di suicidio o di insorgenza di un infarto miocardico acuto. Una storia favorevole di relazioni con la persona di riferimento nella prima infanzia può determinare le condizioni necessarie a una buona capacità di adattamento allo stress in età adulta. In direzione opposta, uno stato di salute sfavorevole può determinare il successo o l'insuccesso della carriera familiare, per esempio un handicap fisico o mentale può rendere meno facile la ricerca di un partner. Il secondo meccanismo è quello attraverso cui la famiglia rappresenta un insieme di risorse che aiutano le istituzioni che svolgono attività di prevenzione a promuovere la salute presso gli individui. In questo senso la disponibilità o no di un solido capitale culturale nella famiglia può condizionare la capacità di una persona giovane di accogliere messaggi educativi sugli stili di vita capaci di proteggere la salute in età adulta. Il terzo meccanismo è quello che vede la famiglia protagonista nell'assistenza e nel recupero della salute dei suoi membri, per esempio di un anziano o di un disabile. La ricchezza e la solidità dei legami familiari è andata costantemente diminuendo negli ultimi 15 anni in Italia. Tra le configurazioni familiari maggiormente bisognose di aiuto sta diminuendo la proporzione di famiglie aiutate (figura 5 e tabella 6). Questa crisi delle reti sociali e familiari potrebbe avere influenze negative sullo stato di salute medio della popolazione in un contesto di deregolamentazione delle tradizionali forme di protezione sociale.

Povertà e rischi di marginalizzazione. La condizione sociale sfavorevole ha un impatto sullo stato di salute attraverso due modalità: una che dà luogo a svantaggi di moderata intensità, che crescono sistematicamente man mano che si scende lungo la scala sociale (ed è quello che è stato detto prima attraverso le precedenti variabili), e uno più intenso, che si

Figura 4. Indicatori relativi alla qualità delle abitazioni dal punto di vista del comfort abitativo.



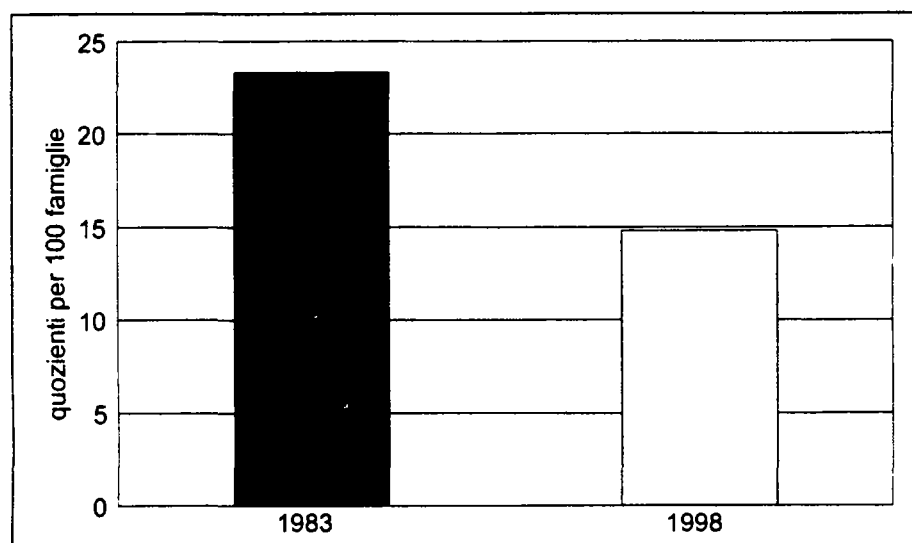


Figura 5.
Famiglie che hanno ricevuto almeno un aiuto gratuito da persone non conviventi nelle quattro settimane precedenti l'intervista (fonte ISTAT)

manifesta nei gruppi più vulnerabili. Per queste persone si potrebbe parlare più propriamente di disuguaglianze di tipo assoluto, che sono quelle in cui la ristrettezza oggettiva di risorse minaccia in modo diretto la salute, mentre nel primo caso si potrebbe parlare di disuguaglianze di tipo «relativo» e comparativo, cioè di quelle disuguaglianze in cui è la distanza da uno standard di vita ritenuto socialmente desiderabile che determina uno svantaggio per la salute.

Quali sono i gruppi sociali più a rischio di povertà per la salute?

La tabella 7 descrive le principali caratteristiche demografiche dei gruppi di popolazione più vulnerabili che verranno presi in considerazione. È da rilevare che in alcuni casi può accumularsi in un soggetto più di uno svantaggio; la tabella citata tuttavia, proprio per i suoi intenti descrittivi, non tiene conto di questa sovrapposizione tra i gruppi.

Bambini in povertà. Da un punto di vista demografico il gruppo dei bambini è tra i più numerosi. Considerando il concetto di povertà relativa rappresentato dall'International Standard of Poverty Line (consumi pro capite inferiori alla metà dei consumi medi dei residenti nel Paese), in Italia le famiglie in povertà nel 1999 erano l'11,9 per cento. Quasi 1,6

Tabella 6. Famiglie che hanno ricevuto almeno un aiuto gratuito da persone non conviventi nelle quattro settimane precedenti l'intervista per tipologia familiare anni 1983, 1998 (per 100 famiglie con le stesse caratteristiche)

tipologie familiari	1993	1998
famiglie con almeno una persona di 80 anni e più	35,5	26,5
famiglie con almeno una persona di 75 anni e più	33,6	20,9
famiglie con almeno una persona di 65 anni e più	28,9	15,9
famiglie con capofamiglia casalinga	30,3	21,1
famiglie con capofamiglia disoccupato	28,3	28,0
famiglie con capofamiglia ritirato dal lavoro	27,5	11,5
genitori soli con almeno un bambino con meno di 14 anni	38,9	30,8
coppie con almeno un bambino con meno di 14 anni e madre che lavora	30,9	31,2
coppie con almeno un bambino con meno di 14 anni e madre casalinga	20,2	15,4

Tabella 7. Gruppi sociali più svantaggiati presenti in Italia e loro indicatori

gruppo	anno	dimensione	andamento	fattori di rischio
bambini e ragazzi povertà (0-18 anni)	1999	1.553.000 (14,3% di bambini e ragazzi tra 0 e 18 anni)	meno 15% tra 1997 e 1999	Sud e isole; famiglie numerose; in famiglie monogenitoriali; genitori disoccupati, di bassa istruzione, occupati in agricoltura
anziani in povertà (più di 65 anni)	1999	1.778.500 (17,4% degli anziani con più di 65 anni)	più 18% tra 1997 e 1999	età superiore a 75 anni; donna anziana capofamiglia; soli o in coppia al Nord; in famiglia allargata al Sud
madri sole con figli dipendenti (di cui 34.000 in povertà)	1993	351.000 (5,2% delle famiglie con bambini)	in aumento	Sud e isole; alta occupazione ma basso reddito; conflitto tra lavoro e cura della famiglia
disoccupati di lunga durata (più di un anno)	1999	1.948.000 (8,3% della forza lavoro)	più 35% tra 1993 e 1999	Sud e isole; donne; giovani
disoccupati giovani (15-24 anni)	1999	32,9% della forza lavoro tra 15 e 24 anni	più 8% tra 1993 e 1999	Sud e isole; donne; bassa istruzione
stranieri immigrati da Paesi a forte pressione migratoria	1999	1.003.000, di cui 235.000 irregolari (2% della popolazione residente)	più 83% tra 1992 e 1999	Nord Africa ed Est europeo
tossicodipendenti	1999	230.000 (stima), di cui 135.000 utenti del SerT	più 100% tra 1990 e 1999 (utenti del SerT)	Nord-centro; aree metropolitane; famiglie povere, meno istruite, con storia di immigrazione
alcolisti	1999	500.000 (stima), di cui 27.000 utenti dei servizi pubblici e almeno altrettanti in cura a organizzazioni di volontariato	non stimabile (probabilmente in diminuzione)	arco alpino
senza fissa dimora		non stimabile	non stimabile	aree metropolitane; malati mentali; disoccupati; tossicodipendenti; alcolisti; stranieri immigrati

milioni di bambini e ragazzi vive in famiglie sotto la soglia di povertà (il 16,2 per cento degli individui poveri), con minori opportunità di educazione e con maggiori probabilità di essere esposti ai fattori di rischio per la salute legati alla povertà: poca sicurezza, contiguità con storie di violenza, minori attenzioni alla prevenzione e alla qualità delle cure. Non ci sono politiche sanitarie specificamente dedicate agli svantaggi di salute per i bambini più poveri e anche le politiche sociali locali rivolte al sostegno economico e sociale delle famiglie in povertà hanno una distribuzione geografica molto disuguale. Considerando l'importanza che ha l'esperienza nei primi anni di vita per la salute dell'adulto e considerando l'aumento nel tempo di queste popolazioni, è fondamentale e prioritario cercare di contrastare precocemente tutti i fattori di rischio che la povertà produce in questa età, con attività di educazione alla salute, di diagnosi precoce, di accompagnamento all'uso corretto dei servizi sanitari e della prevenzione e con un sostegno alle famiglie, insieme con le altre risorse di assistenza messe a disposizione da parte della società.

Anziani in povertà. Più di 1,7 milioni di anziani nel 1999 era sotto la soglia di povertà (pari al 16,1 per cento degli individui poveri, che rappresenta una quota abbastanza stabile nel

tempo). Si tratta di anziani che vivono prevalentemente da soli al Centro-Nord e in famiglie allargate al Sud, per i quali la povertà minaccia la salute attraverso la scarsa qualità dell'alimentazione, le difficoltà di mobilità e di autonomia dentro e fuori l'abitazione, la difficoltà a ripararsi dal freddo e la scarsa possibilità di usufruire di strutture e ricevere assistenza. Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 si è dato obiettivi di integrazione tra le politiche sociali e sanitarie in modo che venga assicurata un'assistenza domiciliare ogni volta che sia possibile evitare l'istituzionalizzazione. Molte politiche locali si sforzano anche di prevenire gli effetti psicosociali della solitudine e della perdita di ruolo dell'anziano per evitarne l'emarginazione, ma spesso queste opportunità sono distribuite in modo molto disomogeneo nelle diverse aree del Paese.

Genitori soli con figli dipendenti. Quasi 400.000 madri nel 1993 vivevano sole con i figli a carico, con il duplice ruolo di chi lavora e di chi deve prendersi cura della famiglia. In questo gruppo la prevalenza di povertà è più elevata (9,7 per cento nella media italiana e 22 al Sud). I genitori soli con figli dipendenti sembrano un gruppo di popolazione ad alto rischio non solo per la povertà (soprattutto le donne), ma anche per la salute (soprattutto gli uomini), sia perché hanno una sopravvivenza più sfavorevole, sia perché sono esposti con maggiore frequenza a fattori di rischio come fumo, alcol, stress, assistenza sanitaria di bassa qualità. Le politiche sanitarie non hanno attenzioni specifiche nei confronti di questo gruppo, mentre le politiche sociali tendono a garantire un'integrazione del reddito.

Disoccupati. L'Italia è uno dei paesi con più alti tassi di disoccupazione in Europa. La sua frequenza è cresciuta negli ultimi vent'anni, passando dal 7,6 per cento della forza lavoro nel 1980 (pari a 1.684.000 disoccupati) all'11,4 per cento del 1999 (pari a 2.669.000 disoccupati); tra questi anche la proporzione di disoccupati di lunga durata è aumentata (dal 3,9 per cento del 1981 all'8,3 del 1999). (Occorre ricordare che dal 2000 la disoccupazione ha cominciato a scendere). Le donne, i giovani e la residenza al Sud sono altrettanti fattori di rischio per la disoccupazione di lunga durata. Lo stesso andamento riguarda i giovani disoccupati. In questo caso, al rischio povertà si aggiungono tutte le condizioni sfavorevoli legate alla condizione della disoccupazione. Il lavoro retribuito, oltre ad assicurare il reddito, assegna un ruolo sociale alle persone, ne struttura e organizza il tempo di vita, garantisce una rete di relazioni. Perdere il lavoro significa perdere queste risorse fondamentali per il benessere e la sicurezza di una persona e della sua famiglia. Le reazioni psicologiche e comportamentali a questo evento hanno conseguenze pericolose per la salute. Agli effetti della povertà indotta dalla caduta del reddito si assommano gli effetti acuti dell'evento rappresentato dalla perdita del lavoro (fonte di identità, di ruolo sociale, di struttura del tempo, di relazioni sociali), che sono particolarmente evidenti sullo stato di salute mentale del soggetto interessato, lasciando però tracce anche aspecifiche sulla salute fisica. In Italia ci sono molte misure rivolte specificamente a compensare la povertà tra i disoccupati e politiche generali rivolte allo sviluppo dell'occupazione, ma sono totalmente assenti azioni specifiche dedicate a contrastare gli effetti sfavorevoli della disoccupazione sulla salute mentale e fisica, sia nel momento della perdita del lavoro da parte di una singola persona sia in occasione della chiusura o riduzione di organico di specifiche imprese. Solo poche esperienze di solidarietà reciproca organizzate da associazioni sindacali spontanee hanno mostrato di sapere fornire quel sostegno psicologico e relazionale e quell'assistenza alla ricerca di aiuto e di percorsi di cura spesso necessari in occasione di questi eventi. Il medico curante può giocare un ruolo essenziale nell'accompagnare questo momento di difficoltà e di sofferen-

za, per evitare che si trasformino in disturbi mentali, in nuovi comportamenti dannosi per la salute o in semplici aggravamenti di disturbi preesistenti.

Stranieri immigrati. Gli stranieri immigrati da Paesi a forte pressione migratoria erano 867.684 al primo gennaio 1999 (con un aumento dell'83 per cento rispetto al 1992), circa l'1,5 per cento della popolazione presente. A questi si aggiungono gli stranieri irregolari, privi di permesso di soggiorno, stimabili in circa 235.000 persone. Negli ultimi anni i flussi dall'Europa dell'Est (ex Jugoslavia, Polonia e Albania) sono fortemente cresciuti, superando quelli del Nordafrica, prevalenti nella fase iniziale del fenomeno di immigrazione in Italia. Il fenomeno dei ricongiungimenti familiari, unito a quello in rapido aumento delle nascite di bambini stranieri, sta rapidamente riequilibrando la composizione per età, genere e stato civile degli stranieri immigrati, che ancora all'inizio degli anni novanta era prevalentemente rappresentata da giovani adulti maschi. Le esperienze di svantaggio sociale degli stranieri immigrati vanno trattate a parte in considerazione del loro estremo polimorfismo. Le condizioni di integrazione sono molto diverse in base al tempo già trascorso in Italia. Nel primo periodo di immigrazione prevale il trauma del distacco dalla casa e dal Paese di origine; in questa fase gli stranieri spesso condividono con i soggetti senza fissa dimora le condizioni di estremo disagio nella ricerca di un tetto, di un lavoro, di relazioni sociali e affetti, e di un riconoscimento giuridico. In un secondo momento diventano più importanti le difficoltà di integrazione o almeno di interazione e convivenza con la cultura ospite e con il sistema dei servizi; le difficoltà di apprendimento della lingua accrescono le barriere che già normalmente i servizi frappongono alla soddisfazione delle necessità quotidiane. Infine, dopo alcuni anni, lo straniero immigrato condivide tutti gli svantaggi dei gruppi sociali a maggiore rischio di povertà, essendosi così praticamente integrato nel sistema delle disuguaglianze sociali del Paese ospite. In conclusione il profilo epidemiologico osservato tra gli stranieri immigrati comincia a presentare i primi effetti di un deterioramento del capitale di salute di cui sono portatori. Lo stato sociale italiano, fino a poco tempo fa in una posizione conservatrice e riduzionista nei confronti della complessità dei problemi di salute degli stranieri immigrati, oggi sta aprendo le proprie maglie per farsi carico compiutamente di questi nuovi bisogni.

Persone affette da dipendenze. Un ultimo gruppo, da considerare a parte, è quello delle dipendenze da droghe e da alcol. Esso rappresenta un po' il paradigma di quei comportamenti individuali a responsabilità limitata che più frequentemente possono portare all'emarginazione sociale e alla povertà, con processi molto rapidi e con conseguenze devastanti per le persone e per le famiglie. Alla distribuzione demografica e al profilo di salute di questi gruppi sono dedicati capitoli specifici (vedi "Tossicodipendenze", e "Consumo di alcol").

Soggetti senza fissa dimora. All'estremo opposto di questi gruppi a rischio di povertà ed emarginazione vi sono i veri emarginati, del tutto privi di significative relazioni sociali, i cosiddetti senza fissa dimora. Si tratta di un tipo di popolazione elusiva, di cui è difficile stimare le dimensioni. È una situazione di indigenza che risulta più visibile nelle aree metropolitane e che comporta contemporaneamente problemi di accesso al lavoro, alle cure e a una scolarità soddisfacente e un isolamento sociale ed affettivo. Queste diverse fragilità si accumulano e si potenziano fra loro nel passaggio da un'esclusione circoscritta a un singolo aspetto a un vero processo di segregazione. Di solito ogni singolo soggetto può presentare più di una problematica contemporaneamente: storie di disoccupazione, di violenza, di reclusione, di malattia mentale, di dipendenza da droghe o da alcol, di handicap, di clande-

stinità. Lo stato di salute di queste persone può essere rilevato solo se di loro si occupa un servizio sociale. Nell'ambito della sanità, il vagabondo che passa da un servizio di urgenza al servizio psichiatrico attraverso i servizi sociali è l'immagine di un soggetto con difficoltà di accesso ai servizi. Poco o nulla è dato sapere su chi non ha accesso ai servizi, una popolazione che ben difficilmente può essere studiata con gli strumenti convenzionali della ricerca epidemiologica. Questa particolare situazione di precarietà delle condizioni di vita, con accesso alle sole cure primarie, si associa a un insieme piuttosto caratteristico di patologie, come quelle legate alla scarsa o cattiva alimentazione (turbe digestive, ulcera peptica), le patologie legate all'ambiente malsano e al vestiario spesso inadeguato alla stagione (patologie acute recidivanti delle alte e basse vie aeree, artralgie acute), le patologie associate a scarsa sicurezza sul lavoro, sulla strada e nell'ambiente sociale (traumatologia da incidenti), le malattie legate allo stress (salute mentale e alcol), le patologie infettive e dermatologiche, le affezioni di tipo odontoiatrico. In Italia non sono disponibili stime di mortalità e morbosità specifiche per questo tipo di popolazione.

Tre tipi di obiettivi di salute per le politiche relative alle condizioni di salute di questa popolazione. L'analisi dei problemi di salute di questi gruppi vulnerabili consente di identificare tre differenti tipi di meccanismi di generazione di disuguaglianze nella salute, che riguardano prioritariamente gruppi vulnerabili differenti e vanno tradotti in obiettivi differenti da raggiungere con l'attuazione di politiche specifiche. Il primo obiettivo è quello di interrompere i meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute che stanno agendo su gruppi ancora sani. Si tratta di un obiettivo che interessa il gruppo dei bambini in povertà e delle madri sole con figli dipendenti, il gruppo dei disoccupati di breve durata e il gruppo degli stranieri immigrati. In forme diverse, per tutti questi gruppi si tratta di riconoscere quali sono le politiche più efficaci nell'interrompere il processo di disuguaglianza in fase molto precoce. Il secondo obiettivo è quello di contenere i danni di disuguaglianze già maturate. L'obiettivo coinvolge i gruppi degli anziani in povertà, dei soggetti che sono dipendenti da sostanze o alcol, dei soggetti senza fissa dimora e dei disoccupati di lunga durata. In questi casi occorre identificare quali azioni di riduzione del danno si sono mostrate più efficaci nell'alleviare gli esiti più sfavorevoli di queste forme di svantaggio. Il terzo obiettivo riguarda la necessità di interrompere i processi di esclusione che nascono da un problema di salute e interessa in particolare l'istituzionalizzazione degli anziani poveri, la segregazione territoriale dei malati poveri, la mobilità sociale discendente dei disoccupati. Per queste situazioni occorre riconoscere gli interventi che sono più appropriati in modo da censurare le forme di esclusione illegittime e offrire alternative alle forme di esclusione giustificate.

BIBLIOGRAFIA

- Caritas Italiana, Fondazione E. Zancan. La rete spezzata - Rapporto su emarginazione e disagio nei contesti familiari. Roma: Feltrinelli, 2000.
- Cobalti A. et al. La mobilità sociale in Italia. Bologna: il Mulino, 1994.
- Costa G. et al. Torino: storie di salute in una grande città. Torino: Ufficio di Statistica - Osservatorio socio-economico, 1998.
- Costa G. Le nuove povertà: un complesso problema di sanità pubblica. Preparazione di un'agenda di intervento. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 10 dicembre 1998.
- ISTAT. Annuario Statistico Italiano - Anno 2000. Roma, 2000.

ISTAT. Famiglie, abitazioni e sicurezza dei cittadini - Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Aspetti della vita quotidiana - Anno 1998": Roma: Informazioni n.36, 1999.

ISTAT. Forze di lavoro. Annuari. Roma, vari anni.

ISTAT. La presenza straniera in Italia: caratteristiche demografiche - Anno 1999. Roma: Informazioni, in corso di pubblicazione

ISTAT. Rapporto annuale - La situazione del paese nel 1999. Roma, 2000.

ISTAT. Sistema sanitario e salute della popolazione. Roma: Informazioni, in corso di pubblicazione.

Stefanini A. Salute e disuguaglianza. Difesa sociale 1998; 6.

LE RISORSE DELLA SOCIETÀ CIVILE

Famiglia e comunità nella promozione e nel sostegno alla salute. I cittadini possono contare per il miglioramento e il recupero della loro salute su una pluralità di risorse, alcune delle quali riferibili al sistema dei servizi sanitari e all'iniziativa di soggetti pubblici e privati a tutela dell'ambiente e della qualità della vita, altre prodotte autonomamente dalla società civile, dalla famiglia e dalla rete dei rapporti informali che si sviluppano nel vicinato e nei rapporti con gli amici. Sono risorse di cui ogni cittadino può disporre individualmente - in termini informativi e di conoscenze che conducono ad abitudini di vita sane - ma che ancora più massicciamente coinvolgono le relazioni fra le persone, la capacità di star bene con gli altri e di poter disporre di relazioni di aiuto in caso di malattia, di sofferenza o di solitudine.

La ricerca epidemiologica e psicosociale ha messo in luce, in modo organico, l'effetto delle relazioni sociali sull'evoluzione di innumerevoli patologie, sia direttamente - agendo sui fattori eziologici o sulla sintomatologia - sia in termini più indiretti - incrementando la condizione di benessere complessivo della famiglia. È stato rilevato da numerose ricerche che coesione e solidità dei legami familiari e del complesso delle relazioni primarie riducono la percezione della gravità degli eventi morbosi; che nei soggetti privi di relazioni di sostegno la sofferenza fisica e psicologica rispetto a determinate patologie è più alta e che la mortalità e alcuni eventi morbosi sono significativamente più elevati tra le persone con scarse relazioni sociali (1, 2).

Dalla famiglia hanno origine le relazioni di cura e la loro estensione alla rete parentale allargata, al vicinato e alla rete amicale è positivamente correlata alla qualità delle relazioni che si sviluppano nel nucleo familiare ristretto.

I mutamenti intervenuti a livello demografico hanno influenzato, seppure non attraverso schemi deterministici, il complesso delle relazioni familiari, indebolendo alcuni legami ma anche consolidando, allo stesso tempo, le risorse di coesione e ristrutturando le relazioni di sostegno reciproco, di assistenza e di disponibilità in caso di malattia o disabilità, che comportano una pluralità di prestazioni di carattere genericamente infermieristico, di accudimento e di igiene personale, di orientamento e di consiglio nei confronti di programmi terapeutici.

I mutamenti richiamano l'esigenza di organiche politiche di sostegno alla famiglia, che sappiano però valorizzare le capacità organizzative e le risorse di coesione che le famiglie producono o possono produrre autonomamente.

Va comunque tenuto presente che questi mutamenti sono avvenuti in un quadro in cui la struttura della famiglia tradizionale (composta dai genitori e almeno una coppia di figli) si è indebolita. Sempre meno persone possono contare cioè sulle risorse di cure assicurate da

questo tipo di famiglia tradizionale. In un arco temporale di riferimento, dal 1990 al 1998, la famiglia costituita da una coppia con figli ha subito trasformazioni profonde che hanno inciso sul suo carattere distintivo, rappresentato dai rapporti tra le generazioni, e sull'età media delle reti parentali.

Il complesso di queste dinamiche demografiche può favorire eventi contrastanti, incrementando le risorse di coesione e di adattabilità che consentono di far fronte in modo più proficuo alle difficoltà e alle pressioni ambientali, promuovendo una maternità più consapevole e più matura oppure producendo squilibri nei rapporti generazionali, creando quella che è stata definita compressione delle generazioni intermedie. Si tratta di un fenomeno che coinvolge generazioni che devono prendersi cura sia dei figli ancora dipendenti sia dei genitori anziani (3).

Tra i cambiamenti verificatisi:

- è aumentata l'età media delle donne alla nascita del primo figlio, da 26,9 a 28,1 anni;
- è diminuito di più di cinque punti percentuali rispetto al 1990 (dal 25,7 per cento al 20,5 per cento) il peso delle coppie giovani con età della donna fino a 34 anni;
- le famiglie con almeno un anziano di 65 anni o più, che erano il 30,3 per cento nel 1990, sono diventate il 34,5 per cento;
- è diminuito il tasso di fecondità (da 1,4 a 1,2), che, oltre a produrre una diminuzione del peso delle coppie con figli, ha favorito un aumento costante del numero di coppie con un figlio solo sul totale delle coppie con figli (dal 43,8 per cento al 45,2 per cento) e una diminuzione delle coppie con tre figli o più (dal 13,7 per cento al 12,1 per cento);
- il 58,5 per cento dei giovani di età compresa tra 18 e 34 anni (erano il 51,8 per cento) rimane nella famiglia di origine. Le trasformazioni sono state ancora più profonde per la classe di età compresa tra 25 e 29 anni, passata dal 39 per cento al 59,3 per cento, e per la classe di età compresa tra 30 e 34 anni, con una crescita dal 13,7 per cento al 21,8 per cento. I maschi giovani rimangono più delle femmine giovani in casa e, complessivamente, non si rilevano significative differenze per questo fenomeno in rapporto alle ripartizioni geografiche.

Accanto alla tipologia tradizionale di famiglia si sviluppano altre tipologie - le famiglie monogenitoriali, le famiglie unipersonali, le coppie senza figli - nelle quali la solidità dei legami familiari risulta spesso più debole e i cui componenti devono elaborare e attivare strategie familiari più complesse e articolate, che coinvolgono in modo profondo la rete parentale, amicale e di vicinato, per affrontare eventi patologici e realizzare un inserimento attivo nel proprio ambiente.

Esse comprendono:

- le famiglie composte da una persona sola, esperienza di vita che nella fascia di età compresa tra 25 e 44 anni coinvolge prevalentemente gli uomini (6,6 per cento dei maschi contro il 3,9 per cento delle femmine) e nell'età più anziana, al contrario, riguarda soprattutto le donne (35,7 per cento delle femmine contro l'11,9 per cento dei maschi);
- le famiglie monogenitoriali, che rappresentano il 10,8 per cento delle famiglie italiane, con un lieve incremento rispetto agli anni precedenti (nel 1988 erano il 9,6 per cento). I nuclei monogenitoriali sono costituiti in maggioranza da madri sole (84,1 per cento) ed è diminuito progressivamente il peso dei vedovi e delle vedove, aumentando invece la quota dei separati e dei divorziati (da 27 per cento a 31,2 per cento per gli uomini e da 23,5 per cento a 30,7 per cento per le donne);

- il 28 per cento dei nuclei familiari è costituito da coppie senza figli (erano il 24,4 per cento nel 1988), fenomeno attribuibile all'invecchiamento della popolazione e all'uscita dei figli per formare una nuova famiglia, più che al calo della natalità, sebbene si osservi un aumento costante delle coppie più giovani: l'81,3 per cento è costituito da coppie rimaste sole in quanto i figli hanno lasciato la famiglia d'origine, il 18,7 per cento da coppie che non hanno avuto figli.

Se si considerano i percorsi di vita e le reti di parentela di due generazioni di donne - quelle nate nel 1940 e quelle nate nel 1960 - emergono differenze significative nel lavoro di cura. A circa 40 anni, età in cui le donne di ambedue le generazioni avevano in genere almeno un bambino con meno di 14 anni, la donna nata nel 1940 poteva, potenzialmente, dividere il carico delle cure da prestare ai componenti più anziani e ai bambini della sua famiglia con altre nove persone, tra marito, sorelle/fratelli e cognate/i; la donna nata nel 1960 può condividere il lavoro di cura solo con altri cinque adulti (4).

Le trasformazioni demografiche hanno reso strutturalmente più precarie e complesse le reti di sostegno familiari, ma per altri versi la famiglia ha consolidato la sua capacità di produrre relazioni affettive tra i suoi componenti, riesce meglio del passato a ricomporre al suo interno i conflitti generazionali e cresce la sua rilevanza nel produrre la salute e il benessere delle persone, anche per la contrazione delle politiche pubbliche e per l'affermarsi di figure professionali più dialoganti. Alcune fenomeni, come i matrimoni con almeno un coniuge straniero (che sono in significativo aumento), la crescita delle adozioni e i pendolari della famiglia, esprimono, piuttosto che la crisi, la vitalità in termini adattativi di questa istituzione e la sua capacità di riorganizzarsi, con persistenza del legame matrimoniale, malgrado nuove forme di lavoro o di studio creino condizioni sfavorevoli.

La famiglia, mediamente, incrementa le sue risorse culturali ed economiche e la sua capacità di affrontare le difficoltà e di riconoscere gli eventi patologici che possono essere affrontati autonomamente e quelli che, invece, richiamano l'esigenza di interventi professionali.

Si affermano nella famiglia culture della salute (intese come insieme complesso di pratiche, di informazioni e conoscenze) connotate in termini preventivi, di abitudini di vita sane e più competenti in termini sanitari. Si diffonde, altresì, una più equa ripartizione delle responsabilità tra i suoi componenti.

Il lavoro di cura, in strutture familiari così profondamente ridefinite, è ancora in buona parte responsabilità della donna, ma cresce la presenza del padre nella cura del bambino, nell'assistenza ad altri componenti in condizioni di autosufficienza e in attività di mediazione con i servizi sanitari.

L'impegno di cura e promozione della salute della famiglia si sviluppa non solo al suo interno, nelle relazioni tra i suoi componenti e nelle risorse che essa riesce a mobilitare per fronteggiare eventi patologici o assumere decisioni di cura, ma anche rispetto ai processi che riesce a sostenere per un inserimento nel proprio ambiente. Queste attività si connotano:

- come capacità di mantenimento, sviluppo e promozione di relazioni di sostegno sociale nell'ambito della parentela allargata, del vicinato, dei rapporti amicali, dell'associazionismo di mutuo aiuto, di volontariato;
- in termini di mediazione tra servizi e singolo individuo, in quanto le scelte terapeutiche risultano notevolmente influenzate dalla famiglia e dalle reti informali di appartenenza.

I giovani care giver. Il complesso delle famiglie può contare su una rete informale di aiuti,

assicurati dalla famiglia d'origine, dai figli, dagli amici e dal vicinato, più o meno ampia ed estesa, e ciò è positivamente correlato con il benessere complessivo della famiglia e con la solidità dei legami familiari, poiché accresce la capacità del singolo nucleo familiare di affrontare gli eventi critici. Il sostegno morale che tali aiuti rappresentano diminuisce l'impatto degli eventi stressanti.

Le reti di parentela allargata, di vicinato e di carattere amicale, per quanto indebolite da una molteplicità di fattori sociali e demografici, offrono prestazioni di aiuto e consentono a un nucleo familiare sempre meno ampio (in dieci anni, dal 1988 al 1998, è diminuito il numero medio di componenti, da 2,9 a 2,7) e meno autosufficiente nel soddisfacimento dei bisogni che emergono nel suo ambito di fronteggiare eventi patologici e varie esigenze di vita quotidiana.

Per certi versi la vita sociale nell'ambito del vicinato e nei gruppi amicali è percepita come più rischiosa per la salute e il benessere dei suoi componenti, ma allo stesso tempo si consolida una fiducia orientata in termini selettivi verso segmenti della comunità esterna alla famiglia, ai quali si riconoscono importanti funzioni di aiuto e di solidarietà.

Il sistema di indagini multiscopo (4) rileva costantemente che milioni di persone si scambiano gratuitamente lavoro di cura, prestazioni sanitarie, aiuti economici, aiuti nel lavoro e nello studio durante le diverse fasi della vita.

Quasi il 30 per cento delle persone che prestano aiuto (care giver) a persone non conviventi fornisce aiuto alla propria famiglia di origine o a quella del partner, il 22,5 per cento agli amici, il 12,6 per cento delle donne (contro il 10,7 per cento degli uomini) a vicini di casa.

Nel corso degli ultimi 15 anni le grandi trasformazioni sociodemografiche e l'emergere di nuove esigenze di cura e di sostegno hanno profondamente ristrutturato le reti di aiuto informale.

Nel 1998 i care giver erano il 22,5 per cento della popolazione con oltre 14 anni, con un incremento di circa due punti rispetto alla rilevazione del 1983.

Sono soprattutto le donne ad assumere le funzioni di cura (un quarto delle donne rispetto a un quinto degli uomini). Esse, oltre a essere coinvolte nelle reti informali in percentuale più elevata, dedicano a tali attività quote maggiori del loro tempo.

Cresce notevolmente la quota di individui con meno di 24 anni che forniscono aiuti a persone non conviventi: la quota di giovani care giver, che nel 1983 era del 13,5 per cento, è divenuta pari al 17,1 per cento nel 1998, realizzando uno dei massimi incrementi tra le classi di età. Si tratta di un aumento importante, soprattutto se paragonato a quello rilevabile nella classe di età compresa tra 25 e 34 anni, che nello stesso periodo ha subito un decremento di 2,5 punti percentuali (da 22,7 a 20,2), e se paragonato altresì a un più generale invecchiamento della rete parentale di aiuto.

Nonostante l'aumento dei care giver, è diminuito il numero di famiglie che ne beneficiano: nello stesso arco di tempo le famiglie che ricevevano aiuti sono passate dal 23,3 per cento al 14,8 per cento. Perciò, un gruppo di care giver più numeroso rispetto al passato raggiunge un numero ridotto di persone e famiglie. Nelle regioni del Nordest e del Nordovest questa trasformazione è ancora più evidente: in queste regioni è più elevato il numero dei care giver (rappresentano circa un quarto dei residenti) e, allo stesso tempo, è più bassa l'incidenza di famiglie aiutate (13,2 per cento).

La diminuzione ha riguardato soprattutto le famiglie con anziani. In 15 anni la percentuale

di famiglie con una persona di almeno 65 anni o più che ha ricevuto aiuti si è quasi dimezzata (dal 28,9 per cento al 15,9 per cento), mentre gli sforzi si sono indirizzati maggiormente verso le coppie con donne lavoratrici e figli con meno di 14 anni, che ora rappresentano la tipologia familiare che riceve maggiori aiuti dalla rete informale (32,2 per cento). Ciò si è verificato in seguito a un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione anziana, ma la diminuzione degli aiuti a famiglie con membri ultraottantenni (passati in quindici anni dal 35,5 per cento al 26,5 per cento) indica un più generale mutamento delle preoccupazioni sociali e può accrescere l'esclusione di importanti segmenti di popolazione. Il deterioramento delle condizioni di salute che accompagna questa fase di vita accresce, in generale, la percezione di isolamento che un anziano può esperire e rende più acuto il suo senso di solitudine.

Le reti deboli. Non tutte le famiglie dispongono di risorse adeguate per il miglioramento e il recupero della salute dei loro componenti. La vita quotidiana di molte famiglie italiane è segnata pesantemente dalla presenza di patologie che richiedono un impegno assistenziale su base continua, che eccede la possibilità della famiglia in sé di soddisfarlo, o da conflittualità e relazioni patologiche, da privazioni gravi di carattere economico che non consentono, anche in termini di salute, livelli adeguati di alimentazione, di vita sociale e di accesso ai servizi.

La sostanziale tenuta di alcune tipologie familiari e la consolidata capacità di assicurare ai loro componenti la risoluzione di una pluralità di problemi affettivi, di salute e di sostegno reciproco si accompagna a processi di impoverimento e deriva sociale di segmenti elevati di popolazione, ai quali l'istituzione familiare non assicura adeguata protezione. Sono segmenti non sufficientemente tutelati dalla rete informale di aiuti, che presenta una crescente selettività e l'orientamento a privilegiare alcuni destinatari, né dai servizi, che spesso non colgono la specificità delle esigenze di alcune aree sociali, spesso connotate da disagio economico, instabilità occupazionale e precarietà abitativa.

Isolamento, esclusione sociale, difficoltà stabile ad affrontare i bisogni di salute risultano essere l'effetto di una pluralità di eventi critici che si cumulano nel tempo rendendo difficile ogni tentativo di recupero. Una disabilità o una malattia cronica grave di per sé non conduce inevitabilmente a una deriva sociale; se ciò accade è perché altri fattori producono effetti negativi, rendendo insostenibile, e spesso quasi irreversibile, una condizione di vita. La disabilità è una delle condizioni che presenta maggiore criticità in termini sanitari e sociali. Sono circa 2.700.000 le persone disabili in Italia, secondo le stime fornite dai primi due trimestri dell'indagine ISTAT multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", relativa agli anni 1999-2000, pari al 5 per cento della popolazione di 6 anni o più. In questa indagine l'ISTAT ha fatto riferimento a una serie di quesiti predisposti da un gruppo di lavoro OEEC sulla base di una classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità. Una persona viene definita disabile se presenta gravi difficoltà in almeno una delle seguenti dimensioni: confinamento, difficoltà di movimento, difficoltà nelle attività della vita quotidiana, difficoltà di comunicazione.

La perdita di autonomia funzionale è maggiormente presente tra le donne (6,5 per cento) rispetto agli uomini (3,7 per cento) e tale svantaggio non è giustificato da differenze di longevità; tra le persone di età compresa tra 65 e 74 anni la quota di popolazione con disabilità è del 9,3 per cento e raggiunge il 47,5 per cento tra le persone di 80 anni o più (38,5 per cento per gli uomini e 51,7 per cento per le donne).

Centotrentamila persone con meno di 45 anni risultano confinate a letto, su una sedia a rotelle o su una poltrona. La citata indagine ISTAT sulla salute degli italiani ha rilevato che nel 1999 circa l'1,1 per cento della popolazione soffriva di patologie come morbo di Parkinson, epilessia, malattia di Alzheimer e il 3,8 per cento di disturbi comprendenti depressione, anoressia, bulimia.

La famiglia può contenere e gestire al suo interno patologie di questa rilevanza e di tale impatto assistenziale quando crea nel rapporto tra i suoi componenti risorse affettive e di coesione adeguate e non è gravata da altri eventi critici o da altre gravi difficoltà, oppure quando la rete informale assicura un sistema di aiuti adeguato, non precario o episodico, quando essa può disporre di risorse di volontariato e di associazionismo, quando i servizi risultano soddisfacenti o quando essa può acquisire nel privato le risorse necessarie. La capacità di sostegno e di cura della famiglia dipende dalle possibilità che essa esprime di mobilitare risorse interne ed esterne.

Quando più dimensioni di sostegno, di solidarietà e di servizio non operano adeguatamente, e nello stesso nucleo convivono più deprivazioni di risorse, si avvia, quasi inevitabilmente, un processo di deriva sociale, di impoverimento e di ulteriore frammentazione del nucleo familiare. Le condizioni di deprivazione e di isolamento non solo riducono le capacità di fronteggiare gli eventi critici ma espongono i nuclei familiari coinvolti a un rischio più elevato di malattia e di morte.

Ciò è particolarmente evidente tra le famiglie povere, le quali presentano un maggior rischio di morire, di ammalarsi, di subire una disabilità, di praticare stili di vita rischiosi.

Nel 1999 in Italia, sulla base dell'indagine ISTAT relativa alle spese e ai consumi (5), sono risultate circa 2.600.000 le famiglie in situazioni di povertà relativa, per un totale di 7.508.000 individui. L'incidenza, ottenuta come rapporto tra il numero delle famiglie considerate povere e il totale delle famiglie residenti, è risultata dell'11,9 per cento e del 13 per cento a livello individuale, poiché la situazione di povertà è più frequente tra le famiglie numerose. Il motivo dell'impoverimento tra persone sofferenti di gravi difficoltà economiche è stato nel 18,2 per cento dei casi la malattia propria o di un familiare. Questa percentuale scendeva al 14,9 per cento tra le persone che avevano superato gravi difficoltà economiche di cui avevano sofferto in passato.

Le risorse associative della società civile. Le famiglie possono trovare risorse di solidarietà, di aiuto, di sostegno e di impegno civico in una rete sociale allargata, più ampia di quella costituita dalla rete parentale, dal vicinato, dagli amici, comprendente migliaia di associazioni di volontariato e di associazionismo sociale. Sono risorse non sempre visibili e mobilitabili dalla famiglia in difficoltà, orientate al soddisfacimento solo di alcune esigenze; ciononostante possono contribuire concretamente al suo benessere.

Alcune di esse, quelle di mutuo aiuto, si configurano come espressione diretta di famiglie che condividono difficoltà simili; altre rappresentano una risposta organizzata della società civile, che intende fronteggiare autonomamente esigenze di cura della persona, di emergenza sanitaria, di donazione di organi, di ascolto, di sostegno morale, di tutela della qualità della vita. Sono risorse che accrescono la fiducia della famiglia verso la comunità più ampia e possono contrastarne le tendenze alla chiusura, all'isolamento e alla diffidenza nei confronti di ciò che è esterno a essa.

Non tutte le regioni dispongono di identiche risorse associative: la partecipazione alle associazioni presenta una distribuzione territoriale molto differenziata, con alcune regioni, quel-

le del Nordovest, che hanno un livello di adesione ad associazioni quasi doppio rispetto a quello rilevato nel Sud e nelle Isole. In particolare, le organizzazioni di volontariato iscritte ai registri regionali risultano, in base a una ricerca realizzata nel 1997 dall'ISTAT, pari a 11.710, il 50,7 per cento delle quali presente in Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto. I volontari impegnati sono 591.000, il 42,6 per cento dei quali donne. Rispetto alla rilevazione ISTAT del 1995 si è registrato un aumento del 2,5 per cento della presenza femminile.

Il settore sanitario è l'ambito in cui opera il maggior numero delle associazioni di volontariato (46,3 per cento); seguono i settori dell'assistenza sociale (41,2 per cento), delle attività ricreative e culturali (27,7 per cento), della protezione civile (15,9 per cento), dell'istruzione (11 per cento), della protezione dell'ambiente (9,4 per cento), della tutela e protezione dei diritti (8,6 per cento), delle attività sportive (8,4 per cento) e dei beni culturali (3,7 per cento). Le associazioni di volontariato erogano una pluralità di servizi, tra i quali prevalgono quelli di ascolto e sostegno (offerti dal 34,9 per cento delle organizzazioni), di accompagnamento (27,3 per cento), di attività culturali (27,2 per cento), di assistenza morale (25,3 per cento), di educazione e istruzione (23,1 per cento), di servizi ricreativi (21,2 per cento), di donazione e raccolta di sangue (20,4 per cento). L'associazionismo di volontariato presenta ancora una situazione fluida, non definita in modo univoco in termini concettuali, con aree che si sovrappongono ad altre tipologie associative. La Fondazione italiana del volontariato ha censito, sempre nel 1997, 10.516 associazioni di volontariato, con uno scarto rispetto alla ricerca ISTAT di meno 1.200 unità, verificatosi nonostante la Fondazione avesse esteso la sua ricerca anche alle associazioni non iscritte ai registri regionali. Il VII Rapporto sull'associazionismo sociale realizzato nel 1999 dall'IREF rileva il consolidamento della partecipazione civica degli italiani. Dal rapporto emerge un quadro inedito della società italiana: un terzo dei cittadini (15.675.000) dichiara di far parte di almeno una delle "modalità associative" proposte (partiti politici, sindacati, associazioni pro-sociali, associazioni di categoria). Di questi 4.275.000 aderiscono in gran parte attivamente ad associazioni del terzo settore (si mobilitano per far fronte alle molteplici forme di esclusione sociale) e, gli stessi, solo in minima parte aderiscono anche a partiti e sindacati; 3.610.000 convergono in larga misura nelle organizzazioni sindacali, meno nei partiti e solo in modo residuale nel terzo settore; 7.837.500 in buona parte risultano iscritti a partiti e ad associazioni di categoria e molto meno a organizzazioni del terzo settore e sindacati.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Berkman LR et al. Social Networks, Host Resistance and Mortality: a Nine-year Study of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology* 1979; 109.
- 2) Dean K. Self care Responses to Illness. A Selected Review. *Social Science and Medicine* 1981; 15A.
- 3) Donati P. Manuale di sociologia della famiglia. Bari: Laterza, 1998.
- 4) ISTAT. Indagine multiscopo sulle famiglie "Famiglie, soggetti sociali e condizioni dell'infanzia", 1998.
- 5) ISTAT. La situazione del paese nel 1999. Rapporto annuale 2000.

ALTRE FONTI

- Nolan M et al. Understanding Family Care. A Multidimensional Model of Caring and Coping. Buckingham Philadelphia: Open University Press, 1996.
- Scabini E. Psicologia sociale della famiglia. Torino: Bollati Boringhieri, 1999.

Dalla tutela sanitaria alla promozione della salute

S econdo le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità il Sistema sanitario italiano è tra quelli più efficienti del pianeta. Si tratta di un fatto clamoroso, almeno confrontato alla cattiva fama che sembra godere tra i mezzi di comunicazione di massa. Tuttavia i margini di miglioramento sono grandi e si fondano sulla centralità che il cittadino deve avere all'interno della organizzazione della medicina. In particolare il cittadino deve essere soggetto del Servizio sanitario, per essere in condizioni di svolgere un ruolo autonomo nella gestione della salute.

Il livello raggiunto. Gli italiani godono di un servizio sanitario di tipo universalistico. Nella rappresentazione media dello stato di salute, quale risulta dai dati dell'Organizzazione mondiale della sanità ("Rapporto sulla salute del Mondo 2000. Per un sistema sanitario più efficace"), l'Italia occupa una situazione del tutto preminente, tanto da trovarsi - per alcuni parametri, tra gli oltre dieci presi in considerazione - al primo e al secondo posto nella graduatoria mondiale.

Il sistema-Paese e in esso il Servizio sanitario nazionale stanno funzionando, ma sono necessari aggiustamenti e colature di squilibri e di vuoti, soprattutto quantitativi. Scendiamo fortemente, nella classifica, tanto da passare agli ultimi posti fra i Paesi europei, per quanto riguarda l'eguaglianza fra i cittadini, la possibilità di accedere ai servizi e alle prestazioni, il contributo finanziario. E indubbiamente, se scendessimo dal generale al particolare, anche nei settori dove occupiamo posti di rilievo incontreremmo le tradizionali differenze tra aree geografiche del Paese, tra ceti, sessi, età, con grandi squilibri e disuguaglianze.

Le condizioni sociali, economiche, politiche, storiche del Paese sono tali da consentire senza dubbio il salto di qualità necessario a intraprendere la strada della promozione della salute. Gli orientamenti di questo nuovo modo di intendere la politica della salute, rispetto anche agli obiettivi posti dall'OMS in "Salute 21", e il quadro concettuale entro cui muoversi sono stati già enunciati nella RSSP 1999 e dunque in questa sede si dovranno delineare in termini programmatici le ipotesi attuative.

Il Piano sanitario nazionale (PSN) 1998-2000, peraltro, già conteneva le indicazioni per il recepimento di quella filosofia, che ora dovrebbero trovare definitiva applicazione.

L'idea-guida era il patto di solidarietà, cioè la responsabilizzazione sulla salute, personale e comunitaria, da condividere fra tutti i soggetti interessati. Si tratta di un approccio culturale che privilegia la prevenzione alla cura, gli interventi distrettuali a quelli ospedalieri, l'educazione e la promozione della salute.

In particolare, i criteri di fondo del PSN 1998-2000 si concentravano sulla salute come valore sociale da promuovere su scala comunitaria e nello stesso tempo evidenziavano la sua natura solidaristica, di bene pubblico da condividere, promuovere e costruire responsabil-

mente negli atteggiamenti, nei comportamenti e con progetti di più ampio respiro, attraverso la definizione di un vero e proprio patto per la salute tra i diversi soggetti sociali, cittadini, operatori, istituzioni, volontariato, produttori (profit e non profit), mondo della comunicazione, comunità nazionale e internazionale.

L'impegno richiesto dal piano è sintetizzabile in nove punti:

- rafforzare l'autonomia decisionale degli utenti;
- promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari;
- diminuire le disuguaglianze nei confronti della salute;
- favorire comportamenti e stili di vita per la salute;
- contrastare le patologie più importanti;
- aiutare a convivere attivamente con la cronicità;
- percorrere le strade dell'integrazione sociosanitaria;
- rilanciare la ricerca;
- investire nelle risorse umane e nella qualità del sistema.

In questa strategia trovano collocazione privilegiata i contenuti del primo obiettivo: promuovere comportamenti e stili di vita per la salute, con particolare riguardo ad alimentazione, fumo, alcol e attività fisica.

Che cosa fare. Si può dunque affermare che ci si è incamminati sulla buona strada; vedremo poi, nei capitoli riservati alla valutazione del PSN 1998-2000, quanti degli obiettivi indicati siano stati raggiunti e quanto cammino sia stato percorso. Ai fini del completamento del quadro di riferimento politico-concettuale già delineato nella RSSP 1999, si tratta ora di indicare quanto resta da fare. Otto possono essere i punti da iscrivere nel ruolino di marcia.

1. Politiche globali per la salute. È un fatto acquisito che i determinanti di salute (nella loro derivazione socioeconomica, ambientale e comportamentale) solo parzialmente trovino rispondenza nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ma anzi, sempre più, ricadano sotto competenze diverse. E ciò in evidente antitesi con la delega quasi totale concessa ai tecnici della sanità e ai servizi loro affidati in gestione. Al di là delle attività di prevenzione individuale e di tipo clinico-terapeutico e riabilitativo infatti molto deve essere però fatto sul versante della prevenzione e della modifica delle condizioni socio-economico-ambientali che sono alla base delle differenze e delle disparità, e della mancanza di equità, che ancora caratterizzano i cittadini italiani rispetto al raggiungimento di livelli ottimali di salute.

È un compito che deve essere assunto in prima persona dal governo centrale, introducendo la salute fra gli obiettivi di tutte le politiche settoriali, come elemento di progresso e di produttività e non come diseconomia, cercando di applicare integralmente i principi della promozione della salute. Lo stesso modello dovrà essere trasferito nelle varie realtà periferiche, nel rispetto delle singole autonomie e soprattutto tenendo conto delle condizioni effettive di ciascuna, in un processo di riequilibrio e di progressiva eliminazione delle differenze, intra- e infraregionali.

2. Rendere evidenti gli investimenti per la salute. La politica "investire per la salute" (OMS, "Verona Initiative") non significa tanto allocare nuove risorse su specifici programmi sanitari quanto individuare in ogni settore di intervento quali determinanti di salute sono investiti dalle attività che vengono intraprese. Ciò è più evidente in alcuni settori e meno in altri, può riguardare la salute dei soli addetti, degli utenti o della popolazione generale, ma non c'è dubbio che in ogni comparto della società la salute è in qualche modo interessata, in

positivo o in negativo. È necessario che in ogni programma di sviluppo economico e infrastrutturale siano indicate le ricadute e i vantaggi in termini di salute per la popolazione, cui gli interventi si riferiscono.

Tutto ciò probabilmente va ben oltre il campo della sanità e il governo corrente della società, introducendo implicazioni di maggiore portata che investono direttamente il modello di sviluppo e la politica complessiva di welfare che il Paese intende darsi.

È questa tuttavia la sfida da raccogliere, se si vuole dare risposta alla nuova situazione demografica ed epidemiologica.

3. Sostegno pubblico e partecipazione. Una progettualità avente il respiro sopra indicato deve necessariamente basarsi su un forte impegno del settore pubblico, garante dell'omogeneità all'interno dello stato e dell'eguaglianza fra i cittadini. Una politica globale per la salute deve essere innanzitutto pubblica, vale a dire sostenuta e condivisa da tutti i livelli di governo, con il consenso della corralità dei cittadini. L'obiettivo salute non può essere un'opzione fra le tante ma deve costituire uno degli obiettivi fondamentali dei programmi di governo, nella piena applicazione del dettato costituzionale, con la destinazione a esso delle risorse necessarie a garantirne il rispetto.

Gli interventi che hanno ricadute positive sulla salute devono pertanto essere messi fra le priorità dei governi ai vari livelli dello stato e fatti oggetto di ampia partecipazione con le popolazioni interessate, dalle quali trarre il massimo sostegno e supporto ma anche tutte le indicazioni per cambiamenti e correzioni, in ossequio alle loro richieste e volontà. L'esecuzione dei progetti e l'applicazione dei programmi non dovranno essere necessariamente operate dal pubblico ma chiamano in causa tutti i soggetti attivi; il concetto di pubblico si applica infatti all'indicazione degli obiettivi, alla garanzia del rispetto dei diritti e dell'eguaglianza, al controllo della correttezza degli interventi, sia sul piano tecnico sia su quello etico.

4. Riequilibrio di prevenzione, cura e riabilitazione. Mentre gli altri settori e comparti della società sviluppano le rispettive competenze per la promozione della salute, all'interno del Servizio sanitario nazionale dovrà essere operata un'inversione di tendenza, già in parte avviata, attraverso un processo di riequilibrio verso la prevenzione, il recupero e la riabilitazione, non sufficientemente sviluppati. Nell'assegnazione di obiettivi con una più forte valenza preventiva si dovranno assegnare adeguate risorse specifiche tanto agli interventi primari quanto a quelli secondari, con fondi a destinazione vincolata.

Nel contempo, sulla base delle caratteristiche dei bisogni espressi dalla popolazione, i livelli di cura e assistenza raggiunti non dovranno essere assolutamente ridotti, garantendo la stessa qualità e quantità di servizi e prestazioni anche a quelle aree del Paese nelle quali risultino carenze, nonché ai gruppi svantaggiati della popolazione, il che non può comportare nessuna riduzione della spesa sanitaria, il cui ammontare peraltro, come risulta dal confronto internazionale, ci vede abbastanza in fondo nella classifica dei Paesi europei.

5. Coscienza e responsabilizzazione dei cittadini. La condivisione di responsabilità per la salute è una necessità strategica da promuovere con progetti unitari d'intervento, mettendo in evidenza il fattore costitutivo dell'integrazione, intesa come integrazione di responsabilità, prima ancora che integrazione di risorse, e quindi anche come messa in atto di collaborazioni organizzative e professionali necessarie per raggiungere i risultati attesi, evitando comunque il pericolo di colpevolizzare le vittime.

Una condizione necessaria per operare in questa direzione è rappresentata dalla cultura che

gli operatori sono chiamati a condividere, in relazione a ruoli e responsabilità, tenendo conto delle potenzialità e delle competenze di ogni professione. Una cultura condivisa può essere promossa e approfondita dalla formazione comune, con interventi formativi idonei a mettere in rapporto i riferimenti culturali, le scelte di valore, i criteri per operare, gli strumenti professionali, il sistema di informazioni necessario per una presa in carico integrata dei problemi.

6. Intersettorialità e cooperazione. Il PSN 1998-2000 indicava una precisa strategia: pensare l'integrazione a tre livelli: istituzionale (fra enti pubblici che utilizzano strumenti quali accordi di programma, convenzioni, piani di zona), gestionale (con l'obiettivo di gestire al meglio i fattori produttivi con strumenti idonei, come convenzioni e contratti di programma), professionale (inerente alle collaborazioni che i professionisti mettono in opera per gestire interventi di natura complessa utilizzando linee-guida, protocolli o altro), affrontando per ogni livello i relativi problemi.

Lo stesso Piano sanitario nazionale indicava tra le strategie generali un'ulteriore dimensione dell'integrazione, quella "comunitaria", basata sulla condivisione di progetti unitari dove sono corresponsabilizzati le istituzioni, i cittadini, gli operatori, il volontariato, i produttori di servizi, il mondo della comunicazione e quello dell'educazione. L'integrazione si basa sul raccordo e la condivisione delle azioni intraprese da soggetti ed enti diversi in funzione della tutela della salute.

Essa riguarda tanto la programmazione degli interventi quanto l'organizzazione dei servizi. Il controllo dei fattori nocivi ambientali e professionali e la tutela dei soggetti deboli sono esempi di campi in cui sviluppare intersettorialità di tipo programmatico. La ricerca sui determinanti non sanitari della salute ha evidenziato il ruolo critico di fattori sociali ed economici che si pongono al di fuori delle possibilità di controllo individuale ed esulano dalla sfera di intervento del sistema dei servizi sanitari.

Gli interventi su questi determinanti della salute richiedono un coordinamento intersettoriale, a livello nazionale, regionale e locale, che si traduca in strategie condivise per il raggiungimento di obiettivi comuni.

7. Documentazione per la programmazione e informazione per il pubblico. Tanti esempi di quotidiana attualità ricordano che l'organizzazione sanitaria è fatta anche di aspetti comunicativi che sono presenti in modo capillare e rivestono un'importanza fondamentale. L'evoluzione dei rischi, il moltiplicarsi e il progressivo differenziarsi dei bisogni di salute e l'esigenza di un uso responsabile di risorse sempre più limitate rendono la partecipazione dei cittadini e l'adesione attiva dei malati e delle famiglie ai programmi di assistenza una necessità intrinseca alle condizioni di operatività dei servizi.

La comunicazione per la salute è, quindi, un'attività strategica del sistema sanitario per fornire ai cittadini un'informazione adeguata, tempestiva e capillare, in modo da influire positivamente sugli stili di vita, per migliorare il controllo sui determinanti della salute da parte dei singoli e delle collettività, per favorire la partecipazione alle attività dei servizi sanitari e per ottenere suggerimenti e indicazioni sul gradimento dei servizi utilizzati.

Le probabilità di successo dei piani e dei programmi sanitari, di prevenzione, di screening e di assistenza si basano su elementi di natura tecnica e organizzativa e su aspetti comunicativi che oggi trovano molte possibilità di esprimersi. La credibilità e la fiducia si ottengono e si mantengono attraverso atteggiamenti e atti coerenti, rispettosi degli interlocutori e mantenuti nel tempo.

Recentemente il Consiglio superiore di sanità ha sottolineato "la necessità di andare oltre la semplice cura della persona malata, per una presa in carico globale delle sue esigenze. Gli stessi servizi vengono offerti a soggetti di diversa formazione, di diverse condizioni e anche di culture diverse. Ciò spesso comporta differenziate necessità di informazioni e orientamenti, al fine di mettere le persone in grado di usufruire realmente dei servizi opportuni. Perciò talvolta è necessario un vero e proprio 'accompagnamento' del paziente nel prendere coscienza dei propri diritti e nella sintesi delle diverse opportunità".

Questi problemi sono considerati anche dal rapporto sulla "Qualità dei servizi al cittadino nel Servizio sanitario nazionale" predisposto dal Ministero della sanità, Dipartimento per la programmazione (giugno 1999).

Il rapporto mette in luce come il centro dell'attenzione sia soprattutto posto su questioni informative, cioè sulle "informazioni sui servizi, sulle prestazioni, sugli orari, sulle procedure, sulle modalità di accesso e di svolgimento delle pratiche, sulle informazioni, sulle modalità di comportamento, sulle informazioni ai familiari, sull'adeguatezza e completezza della segnaletica, sulla comprensibilità della modellistica, sulla leggibilità della documentazione (delle prescrizioni, delle ricevute, della cartella clinica, eccetera), sulla possibilità di conoscere le liste d'attesa".

Tutto questo è molto importante, ma non sufficiente, se non viene affrontato come problema complessivo di tutta l'azienda e dei settori che quotidianamente sono più esposti nel contatto diretto con i bisogni e le domande delle persone.

In questo contesto va evitato il rischio di concentrare le attenzioni sul sistema di offerta, sulle modalità di produzione delle informazioni, sulle modalità di buona distribuzione delle stesse, sulle modalità di qualificazione dell'immagine aziendale, lasciando in secondo piano funzioni fondamentali per soggetti in stato di bisogno, quali l'ascolto, l'orientamento, lo scambio comunicativo finalizzato a facilitare l'incontro tra bisogni e risposte.

Il fatto che la questione informativa sia un nodo cruciale è documentato nello stesso rapporto ministeriale, sopra ricordato, quando si dice che "i quattro temi per i quali sono stati adottati standard di qualità del servizio dal numero maggiore di strutture (tre quarti del totale nazionale) sono, in ordine di importanza, i seguenti: le informazioni, la tutela e l'ascolto, i tempi di attesa e gli aspetti relazionali", a riprova di quanto sia elevato il bisogno di investire per migliorare la comunicazione tra servizi e cittadini.

Un impegno particolare dovrà essere dunque riposto nella definitiva realizzazione di una funzione di documentazione e di informazione sulla salute e per la salute, di un metasisistema che non si sostituisca ai sistemi informativi già in essere bensì ne utilizzi tutte le potenzialità, integrandole laddove non risultino sufficienti. Questa funzione è stata individuata nell'Osservatorio per la promozione della salute, in via di realizzazione presso il Servizio studi del Ministero della sanità. Tale funzione dovrebbe essere orientata su quattro elementi di fondo:

- concentrare in un unico punto di osservazione, aggregandoli adeguatamente, tutti i dati e le informazioni provenienti dai diversi settori di intervento e comparti della società, in modo da garantire una visione globale del problema-salute e dei suoi determinanti, dei vantaggi e svantaggi che alla salute vengono arrecati dalla molteplicità di azioni intraprese, nel quadro dell'intersectorialità prima richiamata e nel rispetto delle autonomie gestionali e di governo di tutti gli interessati;
- promuovere progetti di formazione che consentano lo sviluppo e il completo dispiega-

mento di questo nuovo modo di gestire l'informazione sulla salute, i quali saranno poi realizzati dai diversi soggetti interessati e ai vari livelli del sistema, con contenuti e temi diversificati a seconda delle varie necessità;

- promuovere progetti di ricerca per completare il quadro delle conoscenze necessarie a costruire questo nuovo modo di fare documentazione e informazione e per consentire una precisa valutazione degli effetti dei diversi tipi di intervento, in modo da completare e complementare i modelli già utilizzati dalla sanità e per certi versi non sufficienti;
- realizzare attività di confronto internazionale in modo unitario e non settoriale, come oggi avviene.

8. Valutazione di impatto sulla salute. Il coinvolgimento degli altri settori e comparti della società nel processo di promozione e tutela della salute e la realizzazione dell'intersettorialità e dell'integrazione prima ricordate richiedono l'introduzione di nuovi meccanismi di valutazione, che consentano di misurare gli effetti di tutte le azioni intraprese e non solo quelle del Servizio sanitario nazionale. Agli strumenti della statistica sanitaria corrente e dell'epidemiologia tradizionale, con i quali si possono misurare gli obiettivi del PSN e gli effetti negativi delle attività dei restanti comparti della società, occorre aggiungerne altri, con i quali misurare le espressioni e gli effetti di tutti i determinanti di salute e ugualmente cogliere i vantaggi, sempre in termini di salute, prodotti dalle azioni intraprese ai vari livelli applicativi di questa nuova politica globale qui auspicata.

Nuovi modelli di analisi e di lettura complessiva dei fenomeni sociali devono essere introdotti quando siano intrapresi tali nuovi orientamenti. L'OMS ha proposto, ormai da poco più di un anno, una nuova metodologia di misura, chiamata appunto "Valutazione di impatto sulla salute" (Health Impact Assessment), della quale sono state già avviate alcune sperimentazioni, nel Regno Unito e in Olanda.

Essa rappresenta senza dubbio per l'Italia un'opzione strategica, dovendosi ancora perfezionare e diffondere su tutto il territorio i modelli valutativi tradizionali e non essendo ancora completamente sviluppato il sistema informativo. Potrebbe essere un obiettivo a più lunga scadenza, che coinvolga tutto il prossimo PSN 2001-2003.

A questo nuovo modello si dovrà comunque mettere mano sin da subito, per definire i criteri, costruire gli indicatori, indicare gli standard e quindi individuare sedi e soggetti per fornire dati e informazioni necessari. È questo uno dei compiti su cui dovrà cimentarsi il costituendo Osservatorio sulla promozione della salute, come luogo privilegiato di osservazione, raccolta e analisi per fornire le informazioni necessarie per la Relazione sullo stato sanitario del Paese e per il Piano sanitario nazionale, e per dare infine conto ai vari livelli di governo del Paese e a tutti i soggetti coinvolti delle azioni da ciascuno intraprese, dei frutti e del funzionamento dell'intersettorialità e della cooperazione.

Dopo avere indicato che cosa fare, sembrerebbe opportuno un capitolo su come fare. In realtà esso non è necessario e tantomeno opportuno. La Relazione sullo stato sanitario del Paese parte dai dati di fatto, operando un bilancio delle azioni pregresse, e fornisce indicazioni derivanti da esse, suggerendo linee di azione, strategie da perfezionare, strade da seguire. Saranno poi le indicazioni programmatiche, contenute nel PSN e negli altri strumenti di governo, nazionali e locali, a stabilire come, fissando traguardi, dislocando risorse, indicando come sarà valutato il raggiungimento dei risultati.

Una sola indicazione sembra necessaria, come picco emergente dall'analisi delle azioni pregresse: quella di avere grande attenzione alla diversità delle situazioni e alle profonde diffe-

renze ancora esistenti nelle varie aree geografiche del Paese tra gli strati di popolazione e tra i vari insediamenti abitativi e lavorativi.

A questo tema non è stato dedicato un paragrafo a parte, in quanto esso deve essere presente in ciascuna delle linee di tendenza che sono state proposte, in un'ottica di programmazione avente livelli diversi di approfondimento e graduazioni diversificate secondo i bisogni e la variabilità delle situazioni, che non fermi il cammino dei più veloci, ma nel contempo velocizzi molto quello dei più lenti.

La domanda informativa nel campo della salute

Il consenso informato rappresenta un vincolo ineludibile non solo nel rapporto tra medico e assistito ma anche all'interno di un sistema sanitario modernamente organizzato. Perché questa visione non rimanga uno sterile slogan occorre che l'imperativo della informazione costituisca una linea di condotta che faccia da fondamento al servizio sanitario. Informazione interna ed esterna, che rompa i muri di isolamento e di difesa delle corporazioni che hanno fin qui caratterizzato la relazione tra fornitori e fruitori del servizio.

L'informazione nodo del cambiamento. Se utilizzassimo lo stato di salute della popolazione come dimostrazione del funzionamento del sistema sanitario saremmo indotti a ritenere che l'Italia sia ai primi posti del mondo. Ma, come è stato già osservato, i progressi sul piano della salute sono da ricondurre in parte rilevante a ragioni extrasanitarie e inoltre numerosi segnali convergono nell'indicare problemi di disservizio, inefficienza, insufficienti qualità e umanizzazione delle prestazioni, come d'altronde viene indicato nello stesso piano sanitario. La capacità di monitoraggio del cambiamento organizzativo e di valutazione degli effetti degli interventi può consentire di agire e reagire tempestivamente a livello aziendale, regionale e anche nazionale. In questo contesto, l'informazione non è una risorsa tra le tante ma uno dei nodi del cambiamento. Alcuni degli estensori dell'ultimo piano sanitario hanno riferito che le criticità informative hanno condizionato, in qualche caso, la scelta degli obiettivi di salute (1).

Lo stato attuale dell'informazione statistica nell'area sanitaria si può desumere scorrendo il programma statistico nazionale, che illustra, in maniera esauriente, le fonti rilevanti. Colpisce anzitutto il numero elevato di fonti: molti ministeri (a cominciare da quello della sanità), molti enti (principalmente l'ISTAT), alcune regioni che hanno proposto progetti-prototipo. Per esempio, nel Programma statistico nazionale per il triennio 2000-2002, sono indicati, per l'area sanitaria, l'ISTAT, il Ministero della sanità, il Ministero dell'interno, il Ministero della difesa, il Ministero di grazia e giustizia, il Ministero del tesoro, il Ministero dell'industria, l'Istituto superiore di sanità, l'INAIL, l'INPS e alcune regioni. Bisognerebbe poi tenere conto che se l'informazione fosse estesa all'area sociosanitaria, occorrerebbe considerare anche il Dipartimento degli affari sociali.

I diversi corrispondenti flussi informativi, talvolta sottoprodotto di attività amministrativa, sono nati in tempi diversi, con filosofie diverse e su piattaforme tecnologiche diverse. Per fare un esempio, si può ricordare che il piano sanitario dedica grande attenzione al tema delle disuguaglianze nella salute, ma il principale flusso sulla morbosità ospedaliera non prevede tra le caratteristiche rilevate il titolo di studio che, è ormai dimostrato, rappresenta una delle variabili esplicative più significative nell'epidemiologia della disuguaglianza.

Oggi l'impegno maggiore è quello di far dialogare le fonti e farle interagire con gli obiettivi e le risorse. L'esperienza più coerente da questo punto di vista, sul piano dei linguaggi, delle classificazioni, delle metodologie e delle strutture, è quella del sistema informativo sanitario, concepito con una visione unitaria e costituito da una pluralità di rilevazioni orientate all'integrazione, affiancando alle informazioni sui servizi quelle sullo stato di salute della popolazione rilevabile tramite indagini epidemiologiche. Nel tempo, si sono aggiunte altre banche-dati, tra le quali quelle del farmaco e della tossicodipendenza. L'aspetto epidemiologico del sistema, pure previsto nei programmi iniziali, non si è però ancora sviluppato significativamente.

Nel corso degli stessi anni, l'ISTAT ha promosso e potenziato l'informazione sulla salute e sui suoi determinanti sociali, affiancandola alle rilevazioni epidemiologiche tradizionali, che, nel frattempo, sono state rinnovate significativamente. Tradizionale non significa statico o immobile. La più vecchia di queste fonti, quella sulla mortalità, che risale all'Ottocento, ha subito negli ultimi due anni un radicale rinnovamento, passando dalla codifica manuale delle cause di morte alla codifica automatica. Si tratta di un passaggio storico che determinerà migliore comparabilità, livelli più elevati di qualità, riduzioni drastiche dei tempi di elaborazione (venendo così incontro ai bisogni delle regioni) e uno straordinario arricchimento del patrimonio informativo: per la prima volta saranno disponibili i dati sulle concause di morte e si potrà avere così l'informazione sui percorsi patologici.

L'ISTAT ha inoltre condotto un'operazione analoga a quella del sistema informativo sanitario, per unitarietà di visione e livello di integrazione, relativamente al sistema delle indagini multiscopo sulle famiglie, progettate armonicamente per fornire informazioni sulla popolazione e sulla società. L'architettura del sistema è semplice: un'indagine annuale, che compone un quadro informativo di base sulla qualità della vita e sui comportamenti quotidiani dei cittadini (tra cui gran parte dei comportamenti sanitari), periodicamente arricchito da indagini di approfondimento.

L'ultima indagine di approfondimento sulla salute, condotta tra il 1999 e il 2000, per la prima volta, è stata realizzata in collaborazione con il Ministero della sanità e le regioni: un segnale importante che merita una riflessione. Il sistema sanitario ha investito su una fonte non tradizionale per disporre, a livello di governo, tipicamente regionale, dei dati necessari per la programmazione e la gestione. Nel merito sono stati approfonditi, per la prima volta, gli aspetti del benessere (con un approccio nuovo, la batteria per la misurazione della qualità della vita, denominata SF12, derivata dalla più nota SF36, mai utilizzato in modo esteso in Italia), dell'autonomia sociale (per la prima volta sono compresi quesiti del tipo IADL - instrumental activities of daily living) e dei servizi extraresidenziali (assistenza domiciliare, day-hospital eccetera). Inoltre è stato ristrutturato e ampliato il settore relativo alla prevenzione includendo domande su vaccinazioni, fattori di rischio, diagnosi precoce.

Strumenti per guardare al futuro. Dalla legge n. 833 a oggi, il problema fondamentale dell'informazione sanitaria è stato quello dei contenuti informativi. Alle fonti tradizionali, come quelle demografiche ed epidemiologiche, si sono aggiunte altre che si occupano analiticamente del funzionamento del sistema sanitario o arricchiscono l'informazione sugli stili di vita e le condizioni sociali della popolazione, contribuendo a riorientare l'attenzione dalla malattia alla salute.

Questo percorso si è sviluppato in maniera simile in molti Paesi occidentali, dove la transi-

zione epidemiologica ha posto in primo piano il problema della qualità della vita, dopo che per secoli era stato privilegiato l'aspetto della durata. L'Organizzazione mondiale della sanità ha icasticamente sintetizzato questa tematica nel modo seguente: "Fino a oggi si è trattato di aggiungere anni alla vita, ora si tratta di aggiungere vita agli anni".

In definitiva, occorre adottare nuovi strumenti informativi e, per ricorrere a un termine forse abusato, reingegnerizzare l'informazione. La sfida si è spostata dal terreno dei contenuti a quello dei metodi e dell'organizzazione.

Fare rete. Tra gli elementi chiave alla base dell'evoluzione del sistema sanitario, e anche di altri interventi nell'area della sicurezza sociale, vi è l'invecchiamento della popolazione, divenuto attraverso una campagna martellante il problema dei problemi del ventunesimo secolo. Gli andamenti demografici dicono che la probabilità di raggiungere 75 anni è attualmente del 59 per cento per un uomo e del 78 per cento per una donna. L'aumento dei costi atteso come conseguenza di questa evoluzione è diventato il cruccio principale, più ancora del problema dell'occupazione, di politici e amministratori, anche perché il processo di invecchiamento è in Italia più intenso e accelerato rispetto alla maggior parte degli altri Paesi. Nel 1996 la quota di ultrasessantacinquenni (16,3 per cento) era la seconda nella graduatoria decrescente dei paesi dell'OCSE, superata soltanto da quella svedese (17,1 per cento). In questa situazione, assumono centralità strategica le condizioni sociali a margine dell'assistenza sanitaria, in quella zona ancora poco definita tra il curare e l'avere cura (cure and care). È questo un ulteriore motivo per orientarsi verso un approccio integrato all'informazione: non si può infatti comprendere la salute se non si analizza e si comprende il tessuto sociale che sta intorno agli anziani, in particolare di coloro che perdono l'autonomia. Nelle politiche sociali sta imponendosi prepotentemente la logica del fare rete; essa deve affermarsi anche riguardo all'informazione, se si vuole capire e quindi programmare, intervenendo in maniera adeguata ai bisogni.

Misurare l'outcome. L'Organizzazione mondiale della sanità, nel rapporto sulla salute nel mondo nel 1998 intitolato "La vita nel XXI secolo: una visione per tutti", sottolinea che la nuova frontiera dell'informazione non è più la misurazione dell'output (prestazioni sostenute, ricoveri effettuati, trattamenti e altre erogazioni del sistema sanitario) ma quella dell'outcome, cioè dell'efficacia delle cure e dei trattamenti in termini di salute. Questa è la più importante delle sfide informative che ci si trova a dover fronteggiare, per la quale occorrono in particolare informazioni longitudinali. Per la misurazione dell'outcome è infatti indispensabile seguire il percorso di salute dell'individuo e non basta accertare il suo stato in un determinato momento. D'altro canto la possibilità di valutare gli effetti delle terapie e dei trattamenti nel tempo è a fondamento dell'approccio della cosiddetta evidence base medicine, cioè della medicina basata sulle prove di efficacia.

Indirizzare le politiche di prevenzione. Alla necessità di strumenti per indagini longitudinali si affianca quella per indagini trasversali con esame medico obiettivo (health examination surveys). Esse da un lato sono in grado di fornire un quadro accurato di alcune patologie rilevanti che caratterizzano l'evoluzione epidemiologica del Paese (in special modo, le patologie psichiatriche in età senile e la malattia mentale); dall'altro costituiscono un eccellente strumento per comprendere quale sia il grado di consapevolezza della popolazione sulla presenza di alcuni importanti problemi di salute. In effetti, problemi come quelli derivanti dall'ipertensione o dal diabete, silenti dal punto di vista dei sintomi fino a una certa soglia di compromissione della salute, possono essere affrontati soltanto

con la collaborazione dei pazienti e dei loro medici di base. Un'indagine pilota promossa dall'Istituto superiore della sanità è in corso. Il Servizio sanitario nazionale ha bisogno di questi tasselli informativi, non soltanto per indirizzare campagne di sensibilizzazione e prevenzione ma anche per predisporre capacità di risposta nei punti-chiave del sistema, per esempio nella medicina di base.

È importante ricordare che il Servizio sanitario nazionale britannico ha stanziato un miliardo di sterline (al cambio corrente circa 3.000 miliardi di lire) per rinnovare e reingegnerizzare il proprio sistema informativo. Nella presentazione del piano, la corrispondente strategia governativa è denominata non casualmente "information for health", ovvero informazione per la salute, e non "health information", ovvero informazione sulla salute.

Nuove carenze informative. L'evoluzione dei sistemi di welfare chiama esplicitamente in causa i temi delle disuguaglianze sociali, dell'equità intergenerazionale e dei nuovi soggetti (gli stranieri, i disabili, i bambini). Queste emergenze riguardano da vicino le politiche socio-sanitarie, determinano carenze informative nuove e sollecitano approcci innovativi. Per analizzare le situazioni di disuguaglianza o i processi di integrazione della popolazione straniera, per esempio, occorrerà mettere in campo una molteplicità di strumenti, tradizionali e nuovi, anche eterogenei dal punto di vista dei riferimenti metodologici, capaci di cogliere fenomeni per loro natura complessi, multidimensionali e dinamici. L'informazione dovrà occuparsi sempre più delle relazioni e sempre meno degli stati. Occorrerà ragionare sempre più per problemi e sempre meno per aree tematiche.

Analoghe riflessioni valgono sul versante del sistema dei servizi. Il gap informativo non si registra tanto nella quantificazione delle prestazioni e delle risorse (molto si è fatto e si sta facendo), quanto riguardo all'organizzazione, al grado di integrazione con altri interventi e soprattutto al rapporto tra cittadini e servizi.

Sistemi informativi statistici. Nella società dell'informazione la principale risorsa per competere con successo è la capacità di orientarsi e di saper cercare. Nel contesto di interesse l'opportunità è predisposta attraverso i sistemi informativi statistici. Un'architettura di sistema consente di orientarsi con relativa facilità e di non disperdersi in una babele di linguaggi.

I sistemi informativi statistici sono uno strumento-filtro, una mappa concettuale che consente di organizzare e leggere la realtà riguardo alla salute nel paese. È importante non confondere sistemi informativi statistici e sistemi informatici. L'architettura dei sistemi informatici è questione tecnica; l'architettura dei sistemi informativi statistici è questione di ricercatori, politici e operatori della salute. Non si deve correre il rischio che l'enfasi venga posta sulla strumentazione, hardware e software; occorre invece privilegiare il valore euristico e l'integrazione dell'informazione.

Le risposte negli altri Paesi. L'evoluzione verso nuovi assetti della sicurezza sociale accomuna i principali Paesi occidentali, soprattutto europei e anche il problema dell'informazione necessaria per fronteggiare adeguatamente il cambiamento è comune. Ovunque sia stato affrontato, è stata scelta la strada dei sistemi integrati di informazioni. Al concetto di integrazione si accompagna, saldamente, quello di partnership. Si riconosce l'importanza dei contributi di una pluralità di soggetti, istituti di statistica, ministeri, enti territoriali, istituti di sorveglianza, all'interno di una strategia unitaria e di un modello di riferimento che disegnano e riservano ruoli per ciascuno di essi.

L'esperienza del Canada. In Canada, appena un anno fa, è stato affrontato in maniera

sistematica il problema di reingegnerizzare il sistema delle informazioni sulla salute e sulla sanità. L'iniziativa è stata avviata dai tre principali produttori di informazione in questo campo: Statistics Canada, Department of Health e Canadian Institute for Health Information. Il punto di partenza è stato il riconoscimento della necessità di ristrutturare il sistema informativo per adeguarlo ai nuovi bisogni e ai cambiamenti in atto nella sanità. Dopo un processo di analisi della situazione e un forum con gli utilizzatori, ha preso il via un progetto impegnativo che sarà realizzato con obiettivi di breve, medio e lungo periodo. Nel breve periodo (tre anni) è previsto un investimento di circa 90 milioni di dollari. Le linee strategiche hanno identificato sei obiettivi primari. Il sistema dovrà essere sicuro e rispettoso della privacy dei cittadini, coerente con i processi decisionali, rilevante quanto a tempestività e copertura, integrabile, flessibile rispetto a bisogni informativi nuovi, facilmente accessibile e amichevole.

Complessivamente, esso verrà reimpostato attorno all'idea forte di centralità delle persone, ribaltando la precedente logica di centralità del servizio.

L'esperienza del Regno Unito. Nel Regno Unito è stata lanciata, a partire dal 1998, la strategia Information for Health per il rinnovamento di uno dei più sviluppati sistemi informativi sanitari. Come il programma canadese, anche quello britannico pone il paziente al centro del progetto e punta a predisporre un sistema che agevoli quanto più possibile il percorso terapeutico, qualunque sia il punto di accesso. La citazione del premier britannico Tony Blair, posta in testa al programma, ne dichiara esplicitamente la linea di guida: "La sfida per il sistema sanitario consiste nello sfruttamento della rivoluzione nell'informazione a beneficio dei pazienti. La missione è quella di dare al popolo di questo Paese il miglior sistema sanitario del mondo. Una migliore assistenza e una migliore salute per tutti dipendono dalla disponibilità di buona informazione, accessibile, dove e quando è necessaria".

Conclusioni. Nel corso di un periodo di tempo relativamente breve l'Italia ha colmato un ritardo storico nel campo dell'informazione sulla e per la salute, arrivando ad allinearsi sostanzialmente a nazioni con una storia molto più lunga e in qualche caso a condividere le esperienze più innovative e avanzate, come è avvenuto per la codifica automatica delle cause di morte e per l'indagine sulla disabilità. Il percorso è però tutt'altro che concluso. L'evoluzione dei sistemi di welfare mette in crisi l'assetto informativo verticale, per aree, che presenta un deficit di flessibilità e non regge alla nuova domanda.

I nuovi sistemi di informazione dovranno essere caratterizzati da una forte trasversalità tematica e organizzativa e immaginati per misurare gli obiettivi di salute e i progressi del sistema dei servizi, ponendo al centro la persona.

Se non verranno dedicati impegno e risorse sufficienti per questa finalità, il rischio che si corre è quello ventilato nel documento canadese Health Information Roadmap: "Gestire un'impresa che assorbe circa il 10 per cento delle risorse del paese e il 30 per cento del bilancio delle province e dei territori senza la necessaria informazione è come guidare un jumbo jet senza il pannello di comando."

BIBLIOGRAFIA

1) Farchi G et al. "Il piano sanitario nazionale 1998-2000: obiettivi di salute e politiche regionali". In: Geddes M e Berlinguer G (a cura di) La salute in Italia - Rapporto 1999 Roma: Ediesse, 1999

II PARTE

LO STATO DELLA SALUTE DEI CITTADINI

**LE RISPOSTE ATTUALI DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE**

PAGINA BIANCA

Lo stato della salute dei cittadini

Cìò che contribuisce a determinare la buona o la cattiva salute sono i comportamenti e gli stili di vita e l'interazione di questi con l'ambiente. Tra questi, abitudini come il fumo e una alimentazione troppo ricca in quantità e squilibrata in qualità segnano il destino naturale di un individuo. Inoltre ai fattori di rischio individuale si assommano gli effetti di un ambiente caratterizzato dall'inquinamento industriale. Contenere i fattori di rischio personali e incidere su quelli ambientali offre una grande opportunità di salute.

I DETERMINANTI DI SALUTE

La salute non è il rovescio della sua mancanza, la malattia, bensì qualcosa di più complesso, la risultante di un equilibrio generale dell'essere umano inserito positivamente nel suo ambiente, delle cui risorse possa giovare pienamente. Lo star bene non è più dato solo dalla mancanza di disturbi, ma è definito dalla sensazione soggettiva di ciascuno, dal suo modo di considerarsi sano, secondo il proprio modello, le proprie rappresentazioni e la personale visione delle cose.

L'ambiente e l'uomo costituiscono sempre più un binomio inscindibile rispetto alla salute; nell'ambiente ogni individuo nasce e muore, da esso trae sostegno e vita, ma anche effetti negativi. Tuttavia, rispetto al passato, i rapporti sono diversi, sono cambiati i fattori ambientali che minacciano la salute e l'uomo è divenuto molto più potente e capace di apportare modifiche all'ambiente, fino talora a mutarlo profondamente o a sconvolgerlo. E ciò vale tanto per l'ambiente fisico quanto per quello sociale, cioè per i rapporti interumani, sia nelle grandi metropoli sia nei piccoli centri.

La salute può essere dunque definita anche come il risultato dei rapporti tra l'uomo e il suo ambiente, globalmente inteso, e l'effetto delle azioni che l'uomo esercita sull'ambiente e su se stesso.

In questo capitolo verranno esaminati gli elementi che compongono questo complesso di elementi, positivi e negativi, che possono determinare in bene o in male il nostro stato di salute e il nostro benessere, nelle loro derivazioni principali, ambientale e comportamentale, riflessi comuni della società, della sua organizzazione e delle azioni che esprimono la sua dinamica, al fine di capire che cosa di buono e di meno buono agisce sulla salute e di correggere o stimolare l'uomo e le sue azioni sull'ambiente nelle sue configurazioni fisica e sociale.

Quanto pesino la componente ambientale e i comportamenti umani è difficile da stabilire, in rapporto alla diversità della collocazione sociale dei singoli individui, al loro ruolo e alla capacità di ciascuno di rapportarsi con il resto della collettività. Non è tanto impor-

tante attribuire percentuali di colpa o di merito, quanto individuare esattamente i fattori su cui agire per aumentare o ridurre gli effetti positivi e quelli negativi.

Tutto ciò naturalmente non è scontato e non passerà spontaneamente all'interno dei servizi sanitari; il suo recepimento sarà possibile solo attraverso un processo di revisione culturale, come ogni processo di trasformazione e cambiamento postula: da un lato un adeguamento della preparazione professionale degli operatori, come impegno fondamentale nelle indicazioni prioritarie di piano, dall'altro la promozione di un dibattito con i decisori e gli amministratori, per un loro coinvolgimento attivo nella formulazione di nuove politiche.

COMPORTAMENTI E STILI DI VITA

Attività fisica

L'adozione di sani stili di vita non può prescindere dall'esercizio di una qualche attività fisica condotta in modo regolare, che comporta effetti benefici sulla salute, sia in termini di tutela dello stato di salute fisico sia in termini di miglioramento dello stato psicoemotivo.

L'esercizio fisico regolare permette, infatti, non solo di tonificare la massa muscolare, con una generale ricaduta positiva sull'umore e sui livelli di autostima, ma anche di svolgere un ruolo protettivo nei confronti della salute, in particolare rispetto alle malattie cardiovascolari, osteoarticolari, cerebrovascolari e alle patologie del metabolismo.

Tra i suoi punti programmatici, il Piano sanitario nazionale 1998-2000 ha posto l'obiettivo di aumentare la diffusione della attività fisico-sportiva nel tempo libero, in particolare di quella svolta regolarmente (almeno una volta la settimana). L'aumento di attività fisica tra i giovani e gli adulti dovrebbe raggiungere in media il 10 per cento e tra gli anziani non dovrebbe essere inferiore al 10 per cento.

Le azioni previste per il raggiungimento di tale obiettivo fanno riferimento, in particolare, all'attivazione delle strutture sociosanitarie e delle organizzazioni di settore e sono rivolte all'intera popolazione, anche se soprattutto agli anziani e ai giovani.

Nel 1999 la quota di coloro che dichiaravano di aver svolto nel proprio tempo libero una qualche attività fisica o uno sport si attestava intorno al 65 per cento della popolazione di 3 anni e più, ma solo il 18,1 per cento svolgeva uno sport in modo continuo e il 9,4 per cento in modo saltuario. Il concetto di continuità, sebbene si riferisca a una percezione soggettiva dell'intervistato, è stato validato in indagini più approfondite sulla pratica sportiva, utilizzando indicatori più oggettivi come la frequenza della pratica sportiva. Se si eccettua una stima di circa il 15 per cento che si attesta su una frequenza leggermente inferiore, praticare uno sport in modo continuo equivale nella grande maggioranza dei casi a svolgere un'attività sportiva almeno una volta la settimana. Più diffusa risulta invece la pratica di una qualche attività fisica almeno qualche volta l'anno: circa il 37,3 per cento dei soggetti di 3 anni o più dichiara, infatti, di fare passeggiate di almeno 2 chilometri oppure di nuotare, andare in bicicletta eccetera. Di questi, oltre il 50 per cento svolge attività fisica con una certa continuità, dichiarando di praticarla una o più volte la settimana.

Sono più gli uomini (22,4 per cento) che le donne (14,1 per cento) a svolgere un'attività sportiva in modo continuo e le differenze di genere - praticamente nulle tra i bambini - cominciano a evidenziarsi nell'adolescenza: nella fascia di età tra 15 e 17 anni un ragazzo su

due pratica regolarmente uno sport, mentre tra le ragazze il rapporto è di una a tre. Nella classe successiva (18-19 anni) la pratica di uno sport in modo continuo tra i maschi è quasi doppia rispetto alle femmine.

Dai 35 anni in poi, per entrambi i sessi, i livelli di attività sportiva di tipo regolare si riducono, decrescendo progressivamente con l'aumentare dell'età, fino a raggiungere circa il 3 per cento tra gli anziani di 65 anni e più (4,2 per cento per i maschi e 2,1 per cento per le femmine).

Oltre all'età, anche il territorio rappresenta un fattore discriminante rispetto all'abitudine di esercizio di una pratica sportiva regolare: la prevalenza decresce sensibilmente passando dal Nord (21,4 per cento) al Sud (13,5 per cento) e il divario diventa ancora maggiore quando si confrontano le prevalenze standardizzate rispetto all'età (il Nord supera il Sud di quasi 10 punti percentuali). La scarsa diffusione della pratica sportiva tra i soggetti residenti nei comuni fino a 2.000 abitanti (13,3 per cento contro il 18,1 dell'intera Italia) è in parte riconducibile alla maggiore presenza di anziani in tali tipologie di comuni.

A livello regionale, confrontando le prevalenze depurate dall'effetto età, la percentuale di coloro che svolgono uno sport in modo continuo varia dal 10 per cento della popolazione di 3 anni o più residente in Campania a quasi il 30 per cento degli abitanti della provincia autonoma di Bolzano, dove, del resto, si rileva la percentuale più bassa di individui che non svolgono sport o attività fisica (circa il 14 per cento, contro quasi il 50 per cento della Campania).

Se si analizza il fenomeno rispetto a variabili di tipo socioculturale, emergono comportamenti differenziati, in particolare tra le persone anziane.

Se, infatti, tra i giovani il diverso livello di scolarizzazione raggiunto non sembra essere un fattore discriminante nello svolgimento regolare della pratica sportiva, tra le persone adulte, e ancor di più tra gli anziani, a livelli di istruzione più elevati corrispondono percentuali maggiori di individui impegnati nelle attività sportive. Nella fascia d'età tra 25 e 44 anni pratica sport (in modo continuo), rispettivamente, il 26 per cento e il 28 per cento dei diplomati e dei laureati e solo il 15 per cento delle persone con licenza media inferiore e il 6 per cento di quelle con licenza elementare o nessun titolo di studio. Tra gli anziani di 65 anni e più si passa da un 7 per cento per i più istruiti a un 2 per cento per coloro che sono in possesso di un titolo di studio basso o sono privi di titolo di studio.

Tra i principali motivi che inducono alla pratica fisico-sportiva ricorre più frequentemente il mantenersi in forma (45 per cento) - 42 per cento degli uomini e 49 per cento delle donne -, seguito dallo sport o attività fisica praticata per svago (41 per cento) - 46 per cento degli uomini e 34 per cento delle donne. La pratica di una qualche attività fisica con un preciso scopo terapeutico interessa il 6 per cento della popolazione di 3 anni o più, in prevalenza femmine (sono il 9 per cento contro il 4 per cento dei maschi). Tra le donne anziane la percentuale raggiunge addirittura il 40 per cento.

Non meno interessante è considerare le caratteristiche di coloro che dichiarano di non svolgere alcuna attività fisica. Essi ammontano al 34,5 per cento della popolazione di 3 anni o più. Si tratta in maggioranza di donne (39,2 per cento contro 29,5 per cento degli uomini) e, tra queste, quelle con 65 anni e più raggiungono il 60 per cento dei casi, percentuale di gran lunga superiore a quella riscontrabile tra i loro coetanei maschi (45 per cento).

In generale, tra le motivazioni principali dichiarate nelle indagini multiscopo ISTAT da coloro che non praticano alcuna attività fisico-sportiva, prevalgono la mancanza di tempo (circa

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 1. Soggetti di 3 anni o più che praticano attività sportiva, distribuiti per frequenza, classe di età e sesso (anno 1999 - indagine multiscopo ISTAT)

	classi di età	pratica sportiva				
		in modo continuo	in modo saltuario	qualche attività fisica	mai	non indicato
maschi	3-5	13,8	4,9	34,3	41,1	5,8
	6-10	48,3	11,1	23,4	16,1	1,1
	11-14	60,4	11,1	17,6	10,4	0,6
	15-17	50,7	17,3	19,3	12,4	0,3
	18-19	41,0	19,2	21,5	17,9	0,3
	20-24	33,5	21,0	23,1	21,6	0,8
	25-34	28,5	18,5	27,9	24,5	0,6
	35-44	19,4	16,1	34,9	29,2	0,5
	45-54	14,4	10,3	42,1	32,8	0,3
	55-59	9,1	6,9	49,0	34,6	0,5
	60-64	9,7	5,1	50,3	34,6	0,2
	65 e più	4,2	3,1	47,1	45,3	0,3
totale		22,4	12,1	35,3	29,5	0,7
femmine	3-5	16,3	4,8	35,0	39,0	4,9
	6-10	42,4	7,2	27,4	21,7	1,3
	11-14	42,7	12,9	27,1	16,9	0,3
	15-17	32,6	11,6	33,9	21,3	0,5
	18-19	21,8	16,1	36,2	25,0	0,8
	20-24	21,4	14,2	37,6	26,2	0,5
	25-34	18,3	11,6	39,7	29,7	0,7
	35-44	12,7	8,3	43,1	35,4	0,4
	45-54	8,7	4,5	43,4	43,2	0,2
	55-59	5,8	4,3	44,1	45,5	0,3
	60-64	5,4	2,6	43,4	48,4	0,2
	65 e più	2,1	1,2	37,7	58,5	0,5
totale		14,1	6,9	39,2	39,2	0,6
maschi e femmine	3-5	15,0	4,8	34,7	40,1	5,4
	6-10	45,4	9,2	25,4	18,8	1,2
	11-14	51,9	12,0	22,2	13,5	0,5
	15-17	41,4	14,3	26,9	17,0	0,4
	18-19	31,9	17,8	28,5	21,3	0,6
	20-24	27,6	17,7	30,1	23,8	0,7
	25-34	23,4	15,0	33,8	27,1	0,7
	35-44	6,1	12,2	38,9	32,3	0,5
	45-54	11,6	7,4	42,8	38,1	0,2
	55-59	7,4	5,6	46,5	40,2	0,4
	60-64	7,5	3,8	46,8	41,7	0,2
	65 e più	2,9	2,0	41,6	53,1	0,4
totale		18,1	9,4	37,3	34,5	0,6

(quozienti per 100 persone della stessa età e dello stesso sesso)

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 2. Soggetti di 3 anni o più che praticano sport, distribuiti per frequenza, regione, ripartizione geografica e tipo di comune (anno 1999 indagine multiscopo ISTAT)

	pratica sportiva				
	in modo continuo	in modo saltuario	qualche attività fisica	mai	non indicato
<i>regioni</i>					
Piemonte	19,4	11,9	39,3	29,0	0,4
Valle d'Aosta	22,4	16,7	29,4	31,4	0,2
Lombardia	21,9	11,3	37,2	29,1	0,5
Trentino-Alto Adige	26,8	18,9	38,6	15,3	0,4
- Bolzano	29,4	22,2	34,2	13,4	0,8
- Trento	24,2	15,8	42,8	17,1	0,1
Veneto	21,6	11,8	41,5	24,6	0,5
Friuli Venezia Giulia	21,1	10,0	41,3	27,1	0,5
Liguria	18,9	7,5	35,8	37,3	0,5
Emilia Romagna	22,0	10,4	41,1	25,8	0,6
Toscana	18,4	9,3	37,8	34,2	0,4
Umbria	21,8	6,2	31,3	40,1	0,6
Marche	19,1	10,0	38,6	31,8	0,5
Lazio	19,6	8,7	36,4	34,6	0,6
Abruzzo	18,2	9,1	36,9	35,4	0,5
Molise	14,4	7,1	32,7	45,6	0,1
Campania	11,3	6,1	33,9	47,8	0,9
Puglia	14,2	7,8	36,6	40,6	0,9
Basilicata	12,0	6,1	34,5	46,7	0,7
Calabria	12,0	9,2	39,4	38,5	0,8
Sicilia	13,5	7,4	33,5	44,8	0,8
Sardegna	17,5	7,5	39,4	34,4	1,1
Italia	18,1	9,4	37,3	34,5	0,6
<i>ripartizioni geografiche</i>					
Italia nordoccidentale	20,9	11,1	37,6	30,0	0,5
Italia nordorientale	22,1	11,7	41,1	24,5	0,6
Italia centrale	19,3	8,9	36,7	34,5	0,5
Italia meridionale	13,0	7,3	35,7	43,1	0,8
Italia insulare	14,5	7,4	34,9	42,3	0,9
Italia	18,1	9,4	37,3	34,5	0,6
<i>tipi di comune</i>					
Comune centro dell'area metropolitana	19,2	8,9	35,8	35,6	0,5
periferia dell'area metropolitana	18,6	8,1	37,6	34,8	0,9
fino a 2.000 abitanti	13,3	11,5	40,2	34,5	0,5
da 2.001 a 10.000 abitanti	17,7	10,4	36,6	34,6	0,7
da 10.001 a 50.000 abitanti	18,6	9,2	37,8	33,7	0,6
50.001 abitanti e più	18,4	9,0	37,7	34,3	0,6
Italia	18,1	9,4	37,3	34,5	0,6

(quozienti per 100 persone della stessa età e dello stesso sesso)

il 39 per cento) o di interesse (circa il 38 per cento) oppure un'età ritenuta poco adeguata per praticare uno sport (circa il 27 per cento, con percentuali superiori al 70 per cento tra gli anziani). Se fra gli uomini prevale nettamente la prima motivazione, tra le donne lo scarso interesse coinvolge circa il 40 per cento dei soggetti, a fronte del 37 per cento che dichiara di non avere tempo.

È soprattutto nel Mezzogiorno che si rileva la prevalenza più elevata di persone che adottano uno stile di vita più sedentario. Nell'analizzare i tassi depurati dalla diversa struttura per età delle varie aree geografiche, le differenze risultano considerevoli. Se nell'Italia nordorientale circa il 21 per cento dei residenti di 3 anni e più dichiara di non svolgere mai alcuna attività fisica o sportiva, nell'Italia Meridionale la quota raggiunge quasi il 43 per cento. Una tale situazione può probabilmente essere messa in relazione con l'insufficienza di strutture nelle aree del Sud, mentre del tutto trascurabili sembrano rivelarsi gli effetti dei diversi livelli di benessere e dei diversi modelli culturali sugli stili di vita adottati.

L'abitudine allo svolgimento regolare di un'attività sportiva, in un quadro di sintesi, non mostra un andamento di tipo crescente nell'ultimo decennio, diversamente da quanto accaduto negli anni ottanta e auspicato negli obiettivi dell'ultimo Piano sanitario nazionale.

Tuttavia sono da registrare alcuni segnali confortanti. Se poco meno di un italiano su cinque pratica sport in modo continuo, nel 1999, complessivamente, erano pari al 27,5 per cento coloro che praticavano uno sport (in modo continuo o saltuario). Inoltre è degno di rilievo l'aumento, seppur contenuto, di 3-4 punti percentuali rispetto al 1995, della pratica di una qualche attività fisica, che - è bene ricordare - oltre il 50 per cento svolge con regolarità settimanale, a fronte della diminuzione di coloro che dichiarano di non praticare alcuna attività fisica o sportiva: dal 38 per cento del 1995 a circa il 34 per cento nel 1999, nonostante i crescenti livelli del tasso di invecchiamento.

Tra gli anziani, nell'ultimo triennio, il dato è divenuto ancora più incoraggiante. Tra le persone di 65 anni e più, a fronte di livelli pressoché stabili della pratica sportiva di tipo continuo o saltuario, caratterizzata da quote molto contenute (rispettivamente, 2,9 per cento e 2 per cento), la percentuale di coetanei che svolgono una qualche attività fisica, come passeggiate di almeno 2 ore, è aumentata dal 34,5 per cento del 1997 al 41,6 per cento del 1999, controbilanciata da una corrispondente riduzione nel numero di anziani che conducono uno stile di vita sedentario (dal 60,7 al 53,1 per cento). Il maggior contributo relativo all'aumento dei livelli di attività fisica tra gli anziani deve attribuirsi alle donne: erano il 28 per cento le donne anziane che svolgevano una qualche attività fisica nel 1997, mentre nel 1999 sono aumentate di 10 punti percentuali (38 per cento). Le tabelle 1 e 2 riportano i dati distribuiti per frequenza, classe di età, sesso, regione, ripartizione territoriale e tipo di comune relativi a soggetti di 3 anni o più che hanno praticato attività sportiva nel 1999.

L'abitudine al fumo

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio per molte patologie tumorali e che colpiscono in primo luogo l'apparato respiratorio e quello cardiovascolare. In particolare, l'abitudine al fumo accentua il rischio di insorgenza di neoplasie e numerose ricerche hanno da tempo confermato la relazione diretta tra consumo di tabacco e cancro al polmone. Si considera attribuibile al fumo il 90 per cento delle morti per tumore polmonare.

Non meno importante si rivela l'esposizione al cosiddetto fumo passivo, che determina nei soggetti che convivono abitualmente con fumatori un maggior rischio di contrarre patologie delle vie respiratorie e neoplasie polmonari o un maggior rischio di infarto. Se poi si considera che oltre un bambino su quattro, fino a 14 anni, può essere esposto al fumo passivo convivendo con almeno un familiare fumatore, si può comprendere come la battaglia contro l'adozione di tali comportamenti a rischio rientri a pieno titolo tra gli obiettivi di salute pubblica.

Obiettivi. Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 dedica particolare attenzione a tutti i possibili interventi, coinvolgendo diversi soggetti e promuovendo campagne mirate di sensibilizzazione e educazione sanitaria e altre azioni concrete atte a contrastare o almeno contenere il fenomeno. Oltre all'obiettivo generale di ridurre la prevalenza dei soggetti fumatori, nonché di contenere la quantità giornaliera di sigarette fumate, il Piano sanitario indica, tra gli obiettivi specifici: una soglia massima, pari al 20 per cento per gli uomini e al 10 per cento per le donne, entro cui dovrebbe contenersi la prevalenza di fumatori con età di 14 anni o più, la riduzione della prevalenza degli adolescenti fumatori e l'azzeramento della frequenza di donne fumatrici in gravidanza.

Entità del fenomeno. In Italia, nel 1999, secondo l'indagine "Aspetti della vita quotidiana" condotta annualmente dall'ISTAT, ha dichiarato di fumare quasi un italiano su quattro tra le persone con età di 14 anni o più. Nonostante il processo sia piuttosto lento, rimane comunque il dato confortante di un andamento gradualmente decrescente: se negli anni ottanta fumava ben oltre il 30 per cento degli italiani, all'inizio degli anni novanta la prevalenza si attestava al 27,4 per cento e alla fine del decennio (1999) ha raggiunto il 24,5 per cento. Tale calo è dovuto essenzialmente a una riduzione della prevalenza degli uomini fumatori. Nel corso del triennio 1997-1999 è emersa una sostanziale stabilità delle percentuali di fumatori, sia maschi sia femmine. Sebbene auspicabili e non ancora raggiunti, i livelli specifici segnalati nel Piano sanitario nazionale implicano importanti cambiamenti dei comportamenti dei cittadini; purtroppo tali comportamenti risultano ancora fortemente consolidati come modelli culturali.

La classe di età in cui è più diffusa l'abitudine al fumo è quella compresa tra 45 e 54 anni per gli uomini (39,1 per cento), mentre per le donne è tra 35 e 44 anni (28 per cento). Oltre un quinto (21,6 per cento) dei giovanissimi, di età compresa tra 14 e 24 anni, ha già l'abitudine di fumare; questa percentuale sale al 24,9 per cento per i coetanei che abitano in città metropolitane. Rispetto al 1997, la percentuale di giovani fumatori maschi si è mantenuta stabile, intorno al 27 per cento (27 per cento nel 1997, 26,6 per cento nel 1998, 27,5 per cento nel 1999), mentre la percentuale di ragazze che fumano di età compresa tra i 14 e i 24 anni tende ad aumentare (13,7 per cento nel 1997, 15,9 per cento nel 1998, 15,4 per cento nel 1999). Sin dalle età giovanili, la percentuale di fumatrici è molto vicina alla media delle donne in generale (15,4 per cento tra 14 e 24 anni, 17,1 per cento a 14 anni o più) e nei centri delle aree metropolitane le giovani fumatrici (19,2 per cento) sono superiori percentualmente alle donne fumatrici di tutte le età. Si fuma di più nell'Italia centrale (25,8 per cento) e nell'Italia insulare (25,5 per cento) e meno nell'Italia nordorientale (23,1 per cento). Ridurre il fumo in particolare tra gli adolescenti è uno degli obiettivi specifici del Piano sanitario nazionale 1998-2000. Secondo dati del 1999, l'8,4 per cento dei giovani tra i 14 e i 17 anni fuma e consuma circa 8-9 sigarette al giorno (in media 8,8). Sin dall'inizio i ragazzi (10,3 per cento, con una media di 9 sigarette al

giorno) fumano più delle ragazze (6,6 per cento, con una media di 8 sigarette al giorno). Nelle città metropolitane il fenomeno è ancora più diffuso: gli adolescenti fumano nel 10,4 per cento dei casi e consumano in media 11 sigarette al giorno. A 18-19 anni fuma già un quinto dei ragazzi (24 per cento) e a 20-24 anni questa percentuale sale al 29,2 per cento. In una buona parte dei fumatori molto giovani si ha ancora una limitazione del numero quotidiano di sigarette fumate: a 18-19 anni il 71,4 per cento fuma meno di mezzo pacchetto di sigarette al giorno (da 1 a 10 sigarette), mentre tra i 20 e i 24 anni questa percentuale scende al 56,1 per cento.

Nelle città centro di aree metropolitane (26,8 per cento) la percentuale di fumatori è più elevata che nel resto d'Italia. Analizzando le diverse realtà territoriali emergono tuttavia rilevanti differenze di genere: i maschi del Nord (32,4 per cento nel Nordovest, 28,4 per cento nel Nordest) fumano meno rispetto a quelli del Centro (31 per cento) e ancora meno rispetto a quelli del Sud (34,9 per cento nel Meridione, 34,7 per cento nelle Isole), mentre sono le donne del Sud (14,4 per cento nel Meridione, 17 per cento nelle Isole) che fumano molto meno rispetto a quelle del Centro (20,3 per cento) o del Nord (16,5 per cento nel Nordovest, 18,1 per cento nel Nordest)..

Fattori che influenzano l'abitudine al fumo. L'abitudine al fumo è in relazione al livello di istruzione, ma presenta andamenti differenziati nei due sessi. Negli uomini è maggiormente evidente una correlazione di tipo inverso: la prevalenza dei fumatori tra i laureati è pari al 25,2 per cento, cioè inferiore di circa 7 punti rispetto alla media (32,4 per cento), e aumenta al 36,7 per cento tra coloro che hanno conseguito la licenza media. Fa eccezione il gruppo con titolo di studio più basso, scuola elementare o nessun titolo (17,3 per cento), a cui però appartengono più frequentemente persone molto anziane. Nelle donne la relazione tra consumo abituale di tabacco e tasso di scolarizzazione mostra apparentemente un analogo andamento, ma confrontando i dati per classi di età emerge una forte correlazione diretta, soprattutto nelle generazioni adulte o anziane: tra le più istruite si registra una prevalenza di fumatrici a volte quasi doppia, se non tripla, rispetto a alle donne meno istruite.

È noto che l'esposizione al rischio cresce con l'aumentare della dose giornaliera di tabacco fumato (solo un'interruzione lungamente protratta nel corso della vita - si stima di almeno 15 anni - consente di riportare il rischio di morte allo stesso livello dei non fumatori) e tra gli obiettivi generali del Piano sanitario nazionale, come si è detto, vi è la riduzione del consumo giornaliero di sigarette. La quasi totalità dei consumatori di tabacco (98,3 per cento) fuma sigarette, mentre la quota residuale fuma la pipa o il sigaro. Poco meno della metà dei fumatori consuma da mezzo a un pacchetto di sigarette al giorno (45,6 per cento); questa percentuale sale al 50,7 per cento tra i maschi e scende al 36,9 per cento tra le femmine. Il numero medio di sigarette fumate quotidianamente è 14,7: gli uomini ne fumano in media 16,3 al giorno, le donne 12,1. Emergono, anche per i fumatori accaniti (si definiscono tali quei fumatori che dichiarano di fumare oltre 20 sigarette al giorno), differenze di genere rispetto al livello culturale: si osservano prevalenze nettamente più elevate negli uomini con livello di istruzione medio o basso, mentre sono fumatrici "accanite" le donne più acculturate.

Il gruppo di coloro che hanno smesso di fumare è intorno al 19,6 per cento nel 1999, sia per i maschi sia per le femmine, ritornando a valori prossimi a quelli osservati nel 1996. Le differenze di genere risultano determinanti anche tra coloro che hanno smesso di

fumare: la prevalenza di ex fumatori è molto superiore tra gli uomini rispetto alle donne (27,2 per cento contro 12,5 per cento), anche perché sono gli uomini a fumare più delle donne. Con riferimento al livello di istruzione, tale prevalenza risulta significativamente più elevata nei maschi con istruzione media e sensibilmente più bassa nelle femmine con titolo di studio inferiore.

Fumo in gravidanza. Considerando gli effetti nocivi che il fumo produce sulla salute, il livello di prevenzione nei confronti degli individui più deboli dovrebbe essere molto elevato. Fin dalla gravidanza sono ben noti i danni che il fumo provoca sullo sviluppo fetale, determinando spesso la nascita di bambini sottopeso e costituendo un serio fattore di rischio per la salute del nascituro. Dall'indagine ISTAT 1999 su "Salute e ricorso ai servizi sanitari", è possibile trarre alcune informazioni sulle madri di bambini che nel 1999 avevano un'età compresa tra zero e cinque anni. Il 25,7 per cento di queste donne, cioè 625.000, aveva l'abitudine di fumare prima della gravidanza. Una volta concepito il bambino, il 62 per cento delle fumatrici ha sospeso il consumo di tabacco durante la gestazione, il 29,6 per cento ne ha diminuito la quantità quotidiana e soltanto il 7,4 per cento non ha modificato le proprie abitudini. La gravidanza, quindi, innesca molto spesso comportamenti responsabili negli stili di vita delle madri, anche se il 38,1 per cento delle donne che fumavano prima del concepimento continua a farlo in gravidanza, pur se talvolta in maniera ridotta. Nel Sud d'Italia le percentuali osservate sono più sfavorevoli; in particolare, l'Italia meridionale manifesta i valori peggiori: il 55,5 per cento delle gestanti smette di fumare in gravidanza, il 26,1 per cento diminuisce la quantità di sigarette fumate mentre il 17,3 per cento non modifica le proprie abitudini. Al contrario, le percentuali più favorevoli si osservano al Nord, in particolare nell'Italia nordorientale, dove il 70,5 per cento delle future mamme sospende il fumo, il 27,7 per cento ne diminuisce la quantità e soltanto l'1,8 per cento non modifica le proprie abitudini. Entrando un po' più nel dettaglio territoriale, si osserva come le due regioni in cui è più frequente sospendere l'assunzione di tabacco in gravidanza siano Marche (83,3 per cento) e Veneto (82,5 per cento), mentre le due regioni in cui tale comportamento è meno diffuso sono Lombardia (48,7 per cento) e Campania (42 per cento). Il livello di istruzione ha un ruolo importante nell'indurre la futura mamma a modificare i propri comportamenti: le donne laureate o diplomate smettono di fumare nel 68,3 per cento dei casi e non modificano le proprie abitudini soltanto nel 4,1 per cento. Le donne con licenza elementare o nessun titolo di studio, invece, sospendono il consumo di tabacco in gravidanza nel 33,2 per cento dei casi e in una percentuale analoga (31,1 per cento) non modificano le proprie abitudini.

Fumo passivo. Sebbene non espressamente indicato nei punti strategici del Piano sanitario, il fumo passivo è un elemento importante da considerare, soprattutto quando a esservi esposti sono soggetti più sensibili, come bambini, donne in gravidanza, anziani. Dai dati raccolti è possibile trarre qualche informazione sull'esposizione al fumo passivo in famiglia da parte di coloro che, pur non facendo uso di tabacco, convivono con fumatori. Più della metà (58,8 per cento) delle famiglie italiane non ha alcun fumatore al suo interno, mentre il 7,4 per cento delle famiglie è composto interamente da fumatori; quindi, più di sei famiglie su dieci (66,2 per cento) non hanno al loro interno alcun fumatore passivo. Sono 15 milioni 143 mila i fumatori passivi in famiglia, cioè il 26,5 per cento della popolazione. Tre quarti di loro (75,5 per cento) sono esposti al fumo di un

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 3. Soggetti di 14 anni o più che fumano o hanno smesso di fumare (anni 1993-1999) (per 100 persone di 14 anni o più dello stesso sesso)

anni	soggetti che fumano			numero medio di sigarette fumate ogni giorno*			soggetti che hanno smesso di fumare		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
1993	35,1	16,4	25,4	16,7	11,9	15,1	26,5	12,4	19,2
1994	34,1	16,7	25,1	16,8	11,9	15,1	26,6	13,0	19,6
1995	33,9	17,2	25,3	16,6	11,6	14,8	27,4	13,1	20,0
1996	34,9	17,9	26,1	16,2	11,9	14,7	26,9	12,2	19,3
1997	33,1	17,3	24,9	16,0	11,8	14,5	27,5	13,6	20,3
1998	32,2	17,3	24,5	16,3	11,9	14,6	29,0	14,1	21,4
1999	32,4	17,1	24,5	16,3	12,1	14,7	27,2	12,5	19,6

* media calcolata sui fumatori di sigarette

Tabella 4. Soggetti di 14 anni o più che fumano o hanno smesso di fumare suddivisi per ripartizione geografica e sesso (anni 1997-1999) (per 100 soggetti di 14 anni o più dello stesso sesso e della stessa ripartizione geografica)

ripartizioni geografiche	anni	soggetti che fumano			numero medio di sigarette fumate ogni giorno*			soggetti che hanno smesso di fumare		
		maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Italia nordoccidentale	1997	34,8	18,9	26,5	15,7	11,7	14,2	27,9	14,8	21,1
	1998	30,3	17,8	23,8	15,8	12,3	14,4	30,1	15,9	22,7
	1999	32,4	16,5	24,2	15,8	11,9	14,4	28,3	14,3	21,0
Italia nordorientale	1997	28,0	17,5	22,6	14,9	11,3	13,4	31,3	16,2	23,5
	1998	28,9	18,6	23,5	15,2	11,0	13,5	31,5	17,0	24,0
	1999	28,4	18,1	23,1	14,7	11,1	13,2	28,5	15,1	21,6
Italia centrale	1997	32,9	19,5	25,9	16,0	11,8	14,3	27,7	13,6	20,4
	1998	33,6	20,8	27,0	16,4	12,2	14,7	29,7	15,7	22,4
	1999	31,9	20,3	25,8	16,5	12,7	14,9	29,3	13,4	21,0
Italia meridionale	1997	35,2	14,2	24,4	16,8	12,3	15,4	24,2	10,8	17,3
	1998	34,0	13,8	23,6	16,6	11,5	15,1	26,4	11,1	18,5
	1999	34,9	14,4	24,3	17,1	12,8	15,8	24,8	9,0	16,7
Italia insulare	1997	33,6	15,6	24,3	16,7	12,0	15,1	26,6	12,5	19,3
	1998	35,4	15,3	25,0	17,8	12,2	16,0	26,4	11,3	18,6
	1999	34,7	17,0	25,5	17,1	12,4	15,5	24,1	9,8	16,7

* media calcolata sui fumatori di sigarette

solo familiare, il 20,6 per cento è esposto al fumo di due familiari e il 3,8 per cento al fumo di tre o più persone.

Il 10,4 per cento dei fumatori passivi, cioè 1.577.000 individui, è composto da bambini di età compresa tra 0 e 4 anni, mentre il 17,2 per cento, cioè 2.612.000 individui, ha un'età compresa tra 6 e 14 anni; quindi più di un fumatore passivo su quattro (27,6 per cento) ha meno di 14 anni. Metà dei bambini da 0 a 5 anni (50,7 per cento) non è esposto al fumo passivo in famiglia e lo stesso avviene per poco meno di metà (48,9 per cento) dei bambini da 6 a 14 anni. Quindi, da 0 a 14 anni la metà dei bambini convive con almeno un fumatore. Tra gli individui di 15 anni o più la percentuale di coloro che convivono con fumatori è pari al 29,8 per cento. Tra i 4.189.000 bambini esposti in famiglia al fumo pas-

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 5. Soggetti di 14 anni o più che fumano o hanno smesso di fumare suddivisi per sesso e titolo di studio (anno 1999) (per 100 soggetti di 14 anni o più dello stesso sesso e titolo di studio)

studio	soggetti che fumano			numero medio di sigarette fumate ogni giorno*			soggetti che hanno smesso di fumare		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
laurea	25,2	17,4	21,4	16,4	11,1	14,3	27,2	19,0	23,3
diploma superiore	31,3	21,0	26,1	15,4	12,0	14,0	22,9	13,9	18,4
licenza media	36,7	22,0	29,8	16,6	12,5	15,1	22,6	13,7	18,4
licenza elementare	28,6	9,7	17,3	16,6	11,9	15,0	39,2	9,3	21,3
o nessun titolo									

* media calcolata sui fumatori di sigarette

Tabella 6. Soggetti di 14 anni o più che fumano suddivisi per età, sesso e tipologia del comune di residenza (anni 1997-1999) (per 100 soggetti di 14 anni o più con le stesse caratteristiche)

classi di età	maschi				femmine				maschi e femmine			
	1997	1998	1999	centri di aree metropolitane 1999	1997	1998	centri di aree metropolitane 1999	1997	1998	1999	centri di aree metropolitane 1999	
14-17	11,5	9,2	10,3	15,8	5,9	6,6	6,6	5,3	8,8	8,0	8,4	10,4
18-24	34,8	35,7	35,3	30,6	17,3	20,2	19,8	19,2	26,0	27,9	27,8	24,9
25-44	40,7	39,6	39,3	42,6	25,5	25,4	24,4	26,3	33,1	32,5	31,9	34,7
45-64	35,2	34,1	35,3	38,8	18,2	18,0	18,3	22,	26,5	25,9	26,6	29,7
≥ 65	19,5	18,2	17,3	19,7	6,0	5,3	5,9	7,	11,6	10,6	10,6	12,5
totale	33,1	32,2	32,4	35,4	17,3	17,3	17,1	19,2	24,9	24,5	24,5	26,8

sivo, il 28,2 per cento è esposto al fumo di una sola persona, il 28,2 per cento al fumo di due persone e il 3,6 al fumo di tre persone o più. I dati mostrano una situazione peggiore tra i bambini rispetto ai fumatori passivi di 15 anni o più; infatti tra questi ultimi è più frequente l'esposizione a un solo fumatore (78,2 per cento) e meno frequente quella a due fumatori o più (21,8 per cento). Con il crescere dell'età, infatti, è maggiore la probabilità di vivere soli o in famiglie composte da un numero inferiore di componenti. Se 2,7 è il numero medio di componenti delle famiglie italiane, le famiglie con bambini da 0 a 14 anni hanno in media 3,9 componenti, mentre le famiglie senza bambini tra 0 e 14 anni hanno in media 2,2 componenti; dunque, più componenti ci sono in famiglia più è probabile che almeno uno di essi fumi. Se si analizzano in particolare i nuclei con figli (coppie o genitori singoli), che in Italia sono 11 milioni 679 mila, emerge che nel 59,1 per cento dei casi i genitori non fumano, nel 20,8 per cento fuma solo il padre, nel 9,8 per cento soltanto la madre e nel 10,2 per cento entrambi i genitori.

Con l'aumentare dell'età dei figli aumenta anche la percentuale di nuclei in cui nessuno dei genitori fuma: il 56 per cento quando il figlio minore ha tra 0 e 2 anni, il 48,4 per cento quando ha da 3 a 5 anni, il 52,7 per cento quando ha da 6 a 10 anni, il 52 per cento quando ha un'età compresa tra 15 e 19 anni, il 54,8 per cento nel caso di figli tra 15 e 19 anni, il 68,6 per cento se i figli hanno almeno 20 anni. Con il crescere dell'età dei figli i genitori invecchiano e tra loro diminuisce la percentuale di fumatori. Le dif-

ferenti propensioni a fumare in relazione al sesso e all'età influenzano quindi la probabilità che i bambini piccoli siano esposti a fumo passivo in famiglia. Con il crescere del titolo di studio dei genitori diminuisce la loro propensione a fumare e, quindi, i figli di genitori con titolo di studio più alto sono anche meno esposti a fumo passivo. Limitando l'analisi ai nuclei con bambini in età prescolare, si osserva che quando il titolo di studio dei genitori è rappresentato dalla laurea, nel 61,7 per cento dei casi nessuno dei due genitori fuma; se il titolo di studio è il diploma superiore la percentuale scende al 58,6 per cento; alla licenza media corrisponde il 45 per cento dei casi e quando i genitori hanno la licenza elementare o sono privi di titolo di studio i nuclei in cui nessun genitore fuma sono il 25,4 per cento.

Conclusione. Negli anni più recenti si sono osservati in Italia soltanto lievi segnali di diminuzione del consumo di tabacco, che tuttavia non riguardano le generazioni più giovani: gli adolescenti e i ragazzi non mostrano flessioni nella propensione ad acquisire l'abitudine al fumo. La situazione rimane sostanzialmente stabile e ancora lontana dagli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Di conseguenza, nei piani futuri sarà importante continuare a considerare la battaglia contro il fumo come uno degli elementi principali. Sarà inoltre importante non focalizzare l'attenzione soltanto sulla riduzione dei fumatori attivi, ma considerare espressamente anche le fasce di popolazione esposte al fumo passivo che maggiormente possono subirne le conseguenze, come nascituri, bambini, anziani, soggetti con disturbi respiratori eccetera. Nelle tabelle 3, 4, 5 e 6 sono riportati i dati riferibili a:

- soggetti di 14 anni o più che fumano o hanno smesso di fumare negli anni 1993-1999;
- soggetti di 14 anni o più che fumano o hanno smesso di fumare distribuiti per ripartizione geografica e sesso negli anni 1997-1999;
- soggetti di 14 anni o più che fumano o hanno smesso di fumare distribuiti per sesso e titolo di studio nell'anno 1999;
- soggetti di 14 anni o più che fumano distribuiti per età, sesso e tipologia del comune di residenza negli anni 1997-1999.

Il consumo di alcol

Il consumo di alcol è un'abitudine di vita quotidiana dal duplice risvolto. In un Paese come l'Italia, in cui le tradizioni vinicole sono ricche e di qualità, le bevande alcoliche, in particolare il vino, costituiscono un patrimonio culturale e conviviale; l'assunzione di alcol fa perciò parte delle consuetudini alimentari quotidiane ed è persino salutare se avviene in quantità moderate e durante i pasti. Numerosi studi epidemiologici hanno suggerito che una quantità modica bevuta durante il pasto, soprattutto se si tratta di vino rosso, ha effetti benefici per la salute, riducendo il rischio di malattie coronariche e di attacchi ischemici. La quantità che viene indicata come benefica per l'organismo è pari a 10 g di alcol assoluto al giorno, che corrispondono a circa un bicchiere di birra da 250 ml o a un bicchiere di vino da 125 ml.

Quando, però, ne viene fatto un uso inappropriato o eccessivo, l'alcol diviene un nemico della salute, sia fisica sia psichica. L'abuso di sostanze alcoliche provoca danni diretti all'organismo, come l'insorgenza di alcune malattie (cirrosi epatica, psicosi alcolica eccetera) e accresce il tasso di mortalità. Se protratto nel tempo, l'abuso di alcol crea dipendenza e, nei

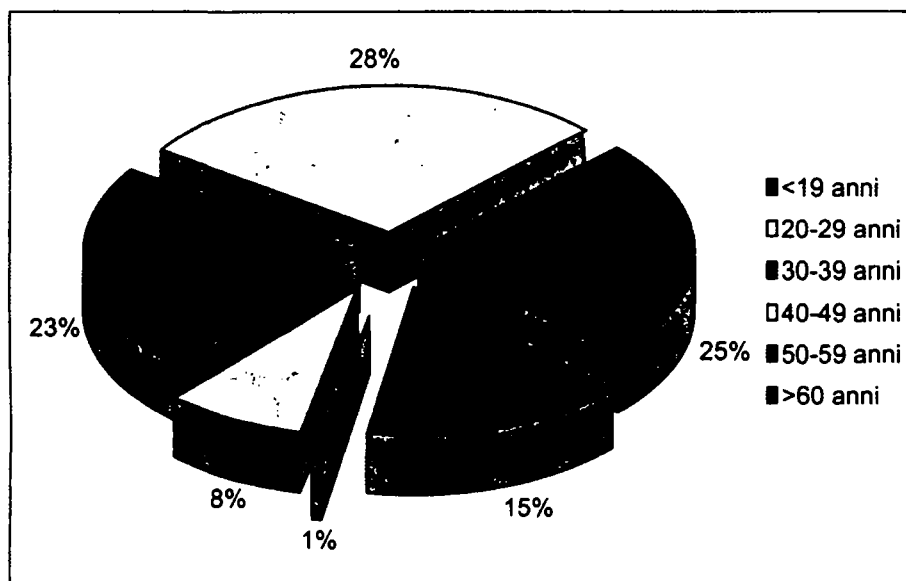


Figura 1.
Alcol-dipendenti
distribuiti
per fasce di età
(anno 1998).
Fonte: Ministero
della sanità -
Ufficio VI,
Rilevazione attività
nel settore
di alcol-dipendenza
(anno 1998)

casi più gravi, segna in senso negativo l'intera vita psichica e sociale dei soggetti interessati e dei loro familiari. Anche se occasionale, l'abuso di alcol costituisce inoltre un grave fattore di rischio associato a incidenti (stradali, domestici, lavorativi); in tal caso, il rischio riguarda sia chi si trova in stato di ebbrezza sia persone che ne rimangono coinvolte. Dati di fonte ISTAT indicano che nel 1997 2.437 incidenti stradali sono stati causati da guida in stato di ebbrezza, rappresentando l'1,7 per cento di tutti gli incidenti stradali; essi hanno provocato 79 morti e 3.710 feriti, pari, rispettivamente, al 2 per cento e all'1,8 per cento dei morti e dei feriti per incidenti stradali.

Di conseguenza, è necessario da un lato intervenire sui consumatori più accaniti di sostanze alcoliche, dall'altro accrescere la consapevolezza di tutti i cittadini sui rischi connessi all'abuso di alcol, anche se soltanto occasionale. Il Piano sanitario nazionale (PSN) 1998-2000 si è posto, quindi, due obiettivi principali: la riduzione del 20 per cento della prevalenza di consumatori di bevande alcoliche che eccedono i 40 g/die di alcol per i maschi e i 20 g/die per le femmine; la riduzione del 30 per cento della prevalenza di consumatori di bevande alcoliche fuori pasto. Per far questo sono necessari interventi diversificati: alcune misure sono analoghe a quelle adottate per il fumo (regolamentazione della pubblicità dei prodotti, esplicito riferimento sui prodotti ai possibili effetti dannosi, misure fiscali disincentivanti, campagne di sensibilizzazione); altre, invece, sono più specifiche e riguardano, per esempio, il controllo della qualità dei prodotti, il favorire e il sostenere processi di disassuefazione dall'alcol, il controllo dei livelli di concentrazione ematica di alcol quando si svolgono attività a rischio, in particolare la guida.

L'indagine ISTAT "Aspetti della vita quotidiana", svolta annualmente presso le famiglie, pur non consentendo la stima precisa dei grammi di alcol assunti quotidianamente, fornisce alcune indicazioni interessanti sulle abitudini degli italiani nei confronti delle bevande alcoliche. I dati esposti di seguito sono influenzati dalla percezione individuale degli intervistati e risentono della propensione degli individui a fornire risposte socialmente desiderabili. Essi forniscono tuttavia un quadro della propensione dei cittadini italiani a far uso di bevande alcoliche e delle modalità con cui queste vengono assunte. Per uno studio delle situazioni più problematiche, invece, si può attingere ai dati su incidenza e mortalità per patologie cor-

Tabella 7. Soggetti di 14 anni o più suddivisi per ripartizione geografica che hanno consumato vino, birra e altre bevande alcoliche almeno qualche volta l'anno tra il 1997 e il 1999* (per 100 persone di 14 anni o più e della stessa area geografica)

ripartizioni geografiche	anni	vino	birra	altre bevande alcoliche**	alcolici fuori pasto	né vino né birra né alcolici fuori pasto
Italia nordoccidentale	1997	60,3	42,3	-	27,6	27,2
	1998	58,1	43,2	41,1	27,6	28,8
	1999	58,6	44,4	43,6	27,5	25,9
Italia nordorientale	1997	62,4	46,8	-	32,0	25,0
	1998	62,6	49,4	43,2	33,2	24,9
	1999	62,2	47,0	43,2	31,8	24,5
Italia centrale	1997	61,1	44,9	-	21,8	27,2
	1998	59,9	46,4	38,6	24,0	27,7
	1999	59,4	46,7	40,2	21,5	25,3
Italia meridionale	1997	56,9	51,5	-	18,1	27,5
	1998	53,7	49,9	38,9	21,1	30,6
	1999	53,0	48,8	38,0	16,5	31,7
Italia insulare	1997	49,2	50,5	-	21,0	32,3
	1998	45,9	48,4	32,2	18,9	34,9
	1999	47,2	46,7	34,8	18,8	34,9

*nel 1997 non sono stati rilevati dati relativi ad aperitivi alcolici, amari, superalcolici e liquori

**aperitivi alcolici, amari, superalcolici, liquori

relate al consumo di alcolici, sul ricorso ai servizi sociosanitari specifici e sugli incidenti stradali causati da stati di ubriachezza. Queste informazioni pongono l'abuso di alcol ai primi posti tra i problemi sociali oggetto del PSN.

Nel 1999 il 56,8 per cento dei soggetti di 14 anni o più dichiarava di bere vino almeno qualche volta l'anno. Il consumo di vino riguarda prevalentemente il sesso maschile (69,7 per cento contro il 44,8 per cento delle donne), e ciò vale anche per il consumo quotidiano (42,3 per cento per gli uomini e 18,6 per cento per le donne). In relazione all'evoluzione nel tempo, la quota di consumatori di vino risulta abbastanza stabile, anche se si osserva un aumento del consumo occasionale (dal 20,1 per cento del 1993 al 23,3 per cento del 1999) a discapito di quello quotidiano (dal 36,1 per cento al 30,1 per cento). I consumatori di vino sono soprattutto adulti (67,3 per cento nella classe di età di 45-54 anni) di entrambi i sessi (81,3 per cento di maschi, 53,7 per cento di femmine), ma il consumo quotidiano riguarda soprattutto i maschi, raggiungendo il 62,4 per cento tra i 55 e 74 anni, contro il 18,6 per cento delle donne. Come nel 1997 (6,1 per cento) e nel 1998 (5,5 per cento), anche nel 1999 (5,3 per cento) il consumo di vino superiore a 0,5 litri al giorno ha interessato una quota di popolazione contenuta e in calo, quasi interamente maschile (il 9,3 per cento degli uomini contro l'1,5 per cento delle donne). Si beve più vino al Nord, in particolare nel Nordest (62,2 per cento) e nel Centro Italia (59,4 per cento). Tra le regioni, il consumo è più diffuso in Valle d'Aosta (65,5 per cento), Emilia Romagna (64,6 per cento) e Marche (65,3 per cento); in Valle d'Aosta il 9,6 per cento della popolazione di 14 anni e più beve più di 0,5 litri di vino al giorno. La Sicilia (46 per cento) si distingue invece per un consumo meno diffuso.

Nel 1999 i bevitori di birra risultavano essere il 46,7 per cento della popolazione con età di 14 anni o più, di cui il 61,4 per cento uomini e il 33 per cento donne. La percentuale di con-

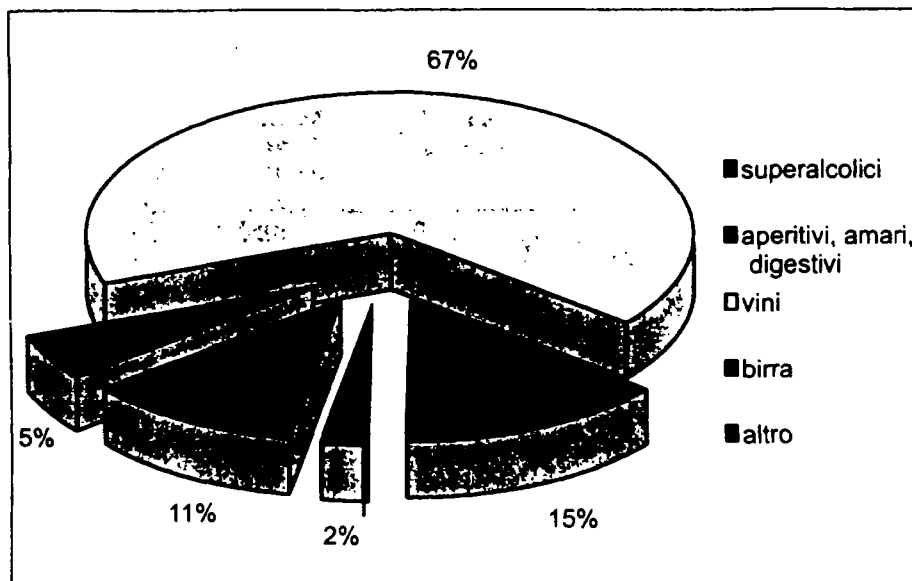


Figura 2.
Alcol-dipendenti distribuiti per bevanda alcolica di uso prevalente (anno 1998).
Fonte: Ministero della sanità - Ufficio VI, Rilevazione attività nel settore di alcol-dipendenza (anno 1998)

sumatori è rimasta pressoché immutata rispetto all'anno precedente, ma vi è stato un aumento crescente dal 1993 (42,6 per cento) in poi.

La percentuale della popolazione che dichiara di non consumare vino, birra e alcolici fuori pasto è pari al 27,9 per cento. Questa proporzione raggiunge il 40 per cento per le donne e scende al 14,9 per cento per gli uomini. Il consumo giornaliero riguarda solo una minima parte della popolazione (5,1 per cento), mentre prevale un consumo occasionale (25,2 per cento), in particolare tra i giovani di 18-34 anni, e un consumo stagionale (16,3 per cento), soprattutto tra gli adulti. Il consumo di birra è minore nell'Italia nordoccidentale (44,4 per cento) e maggiore nell'Italia meridionale (48,8 per cento), nei centri delle aree metropolitane (48,6 per cento) e nelle loro periferie (49,4 per cento). Le regioni in cui è più frequente il consumo di birra sono Friuli Venezia Giulia (52,1 per cento), Abruzzo (52,6 per cento), Puglia (51,1 per cento) e Calabria (50,8 per cento).

Il 27,2 per cento della popolazione di 14 anni o più beve almeno qualche volta l'anno aperitivi alcolici, il 29,7 per cento consuma amari e il 24,8 per cento superalcolici o liquori. L'abitudine a consumare tali bevande è molto più diffusa tra i maschi (39,1 per cento, 43,7 per cento e 37,5 per cento, rispettivamente) che tra le femmine (16,1 per cento, 16,7 per cento e 12,9 per cento, rispettivamente). Tra i consumatori di queste bevande, oltre la metà degli uomini e quasi tre quarti delle donne ne fa uso soltanto eccezionalmente.

La quota di popolazione che beve alcolici fuori pasto si è mantenuta abbastanza costante negli anni più recenti. Nel 1999 coloro che facevano uso di vino, birra, aperitivi alcolici, liquori e amari fuori pasto erano il 23,5 per cento della popolazione. Il consumo risulta differenziato tra i due sessi e tra le diverse classi di età: a esso ricorre il 35,2 per cento degli uomini contro il 12,7 per cento delle donne; è piuttosto diffuso tra i giovani per poi decrescere con l'aumentare dell'età (32,7 per cento tra i giovani di 18-19 anni, 32,4 per cento tra i giovani di 20-24enni). L'abitudine a bere alcolici fuori pasto è più accentuata nell'Italia settentrionale (31,8 per cento nel Nordest, 27,5 per cento nel Nordovest) e nei piccoli centri (29,9 per cento nei comuni con meno di 2.000 abitanti).

Ordinando province o regioni per abitudine dei soggetti che vi risiedono a bere alcolici fuori pasto, Bolzano (50,2 per cento) e Campania (11,3 per cento) sono ai due estre-

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 8. Soggetti di 14 anni o più suddivisi per sesso e classi di età che hanno consumato vino, birra e altre bevande alcoliche almeno qualche volta l'anno nel 1999 (per 100 persone di 14 anni o più con caratteristiche comuni)

sex	classi d'età	vino	birra	altre bevande alcoliche*	alcolici fuori pasto	né vino né birra né alcolici fuori pasto
maschi	14-17	22,9	43,5	23,9	18,0	46,5
	18-24	48,7	69,8	55,2	39,3	18,4
	25-44	70,6	74,2	66,7	40,3	11,4
	45-64	80,6	61,3	60,3	36,7	11,0
	65 e più	75,9	33,9	34,2	24,0	18,0
	totale	69,7	61,4	55,8	35,2	14,9
femmine	14-17	15,3	27,3	17,6	12,8	60,7
	18-24	30,4	44,3	37,5	25,2	40,4
	25-44	45,1	46,1	34,9	15,4	35,8
	45-64	53,3	31,8	26,6	11,4	35,3
	65 e più	46,0	11,5	10,5	5,2	47,4
	totale	44,8	33,0	26,3	12,7	40,0
entrambi i sessi	14-17	19,0	35,3	20,7	15,4	53,7
	18-24	39,9	57,5	46,6	32,5	29,0
	25-44	57,9	60,2	50,9	27,9	23,5
	45-64	66,7	46,2	43,1	23,8	23,4
	65 e più	58,3	20,7	20,2	12,9	35,3
	totale	56,8	46,7	40,5	23,5	27,9

*aperitivi alcolici, amari, superalcolici, liquori

Tabella 9. Soggetti di 14 anni o più suddivisi per sesso che hanno consumato vino, birra e altre bevande alcoliche almeno qualche volta l'anno tra il 1997 e il 1999 (per 100 persone di 14 anni o più)

anni		consuma vino	consuma oltre 0,5 l di vino al di	consuma 1-2 bicchieri di vino al di	consuma vino più raramente	consuma birra	consuma birra tutti i giorni	consuma birra più raramente	consuma birra solo stagionalmente
1997	maschi	71,9	10,7	35,4	22,6	61,5	8,4	30,0	23,0
	femmine	46,6	1,9	18,6	23,5	33,0	1,7	17,2	14,1
	totale	58,8	6,1	26,7	23,1	46,8	4,9	23,4	18,4
1998	maschi	70,3	9,7	34,4	23,0	62,3	8,0	31,0	23,3
	femmine	44,4	1,5	17,0	22,9	33,1	1,8	17,4	13,8
	totale	56,9	5,5	25,4	23,0	47,2	4,8	24,0	18,4
1999	maschi	69,7	9,3	33,0	23,8	61,4	8,7	32,1	20,6
	femmine	44,8	1,5	17,1	22,9	33,0	1,8	18,8	12,4
	totale	56,8	5,3	24,8	23,3	46,7	5,1	25,2	16,3

mi opposti. I giovanissimi (14-17 anni) bevono più frequentemente birra (35,3 per cento), aperitivi alcolici, liquori e altre bevande alcoliche (20,7 per cento) rispetto al vino (19 per cento) e lo stesso fenomeno si osserva per i ragazzi dai 18 ai 24 anni, che però assumono bevande alcoliche in misura maggiore (birra il 57,5 per cento, altre bevande alcoliche il 46,6 per cento, vino il 39,9 per cento). Sin da giovani non sono pochi coloro che bevono fuori pasto: il 20,7 per cento degli adolescenti tra 14 e 17 anni e ben il 46,6 per cento dei ragazzi tra 18 a 24 anni.

Il consumo di alcol di questi soggetti, quindi, è meno legato alle abitudini alimentari

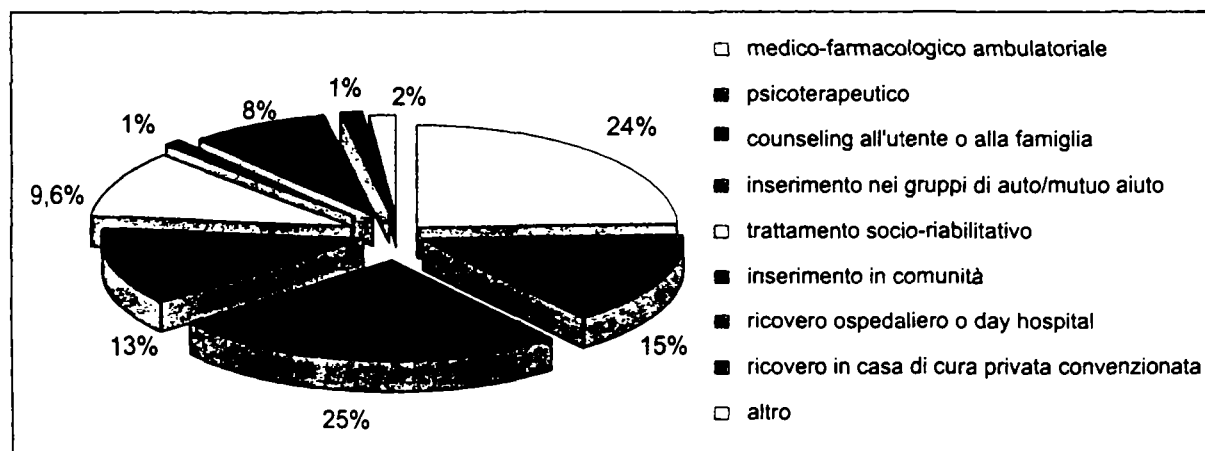


Figura 3. Utenti dei servizi o gruppi di lavoro suddivisi per programma di trattamento (anno 1998).

Fonte: Ministero della sanità – Ufficio VI, Rilevazione attività nel settore di alcol-dipendenza (anno 1998)

Tabella 10. Soggetti di 14 anni o più suddivisi per sesso che hanno consumato aperitivi alcolici, amari, superalcolici e liquori almeno qualche volta l'anno tra il 1998 e il 1999 (per 100 persone di 14 anni o più)

anni		consuma alcolici fuori pasto	consuma aperitivi, alcolici, amari, superalcolici o liquori	consuma aperitivi alcolici	consuma amari	consuma superalcolici o liquori	consuma almeno un bicchierino al di	consuma più raramente	consuma eccezzional- mente
1998	maschi	39,3	54,4	37,4	42,7	36,5	3,9	51,4	72,2
	femmine	12,5	25,6	15,4	16,4	12,4	0,8	29,9	82,3
	totale	25,4	39,4	26,0	29,1	24,0	2,9	44,2	75,6
1999	maschi	35,2	55,8	39,0	43,6	37,5	4,1	51,7	71,2
	femmine	12,7	26,3	16,1	16,8	12,9	1,9	30,5	81,3
	totale	23,5	40,5	27,2	29,7	24,8	3,3	44,6	74,6

quotidiane e avviene piuttosto fuori casa, al di fuori dei pasti, in occasioni sociali e di divertimento.

Analizzando i dati provenienti dalla rilevazione sulle attività nel settore di alcol-dipendenza, svolta dal Ministero della sanità nel 1998, è possibile ottenere indicazioni sull'assistenza fornita ai soggetti più deboli che si sono rivolti ai servizi sociosanitari per problemi legati all'abuso di alcol. Nel 1998 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 26.708 utenti alcol-dipendenti (20.567 maschi e 6.141 femmine), il 75,6 per cento dei quali aveva un'età compresa tra 30 e 59 anni (con età media di 46 anni). Tali soggetti hanno consumato più frequentemente come bevanda alcolica il vino (66,2 per cento), la birra (14,5 per cento) e i superalcolici (11,5 per cento), mentre rispettivamente il 5,9 per cento e il 7,2 per cento degli stessi soggetti hanno assunto anche sostanze stupefacenti o psicotrope e hanno abusato o assunto impropriamente farmaci. I trattamenti ai quali sono stati sottoposti nel 1998 erano per il 24,5 per cento di tipo medico-farmacologico in regime ambulatoriale, per il 24,8 per cento di counseling (all'utente o alla famiglia), per il 14,8 per cento di tipo psicoterapeutico e

Tabella 11. Distribuzione regionale degli utenti dei servizi o gruppi di lavoro rilevati nel 1998

regioni	nuovi utenti			utenti già in carico o rientrati			totale utenti		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Valle d'Aosta	27	12	39	20	13	33	47	25	72
Lombardia	2.307	790	3.097	2.535	938	3.473	4.842	1.728	6.570
Provincia autonoma di Bolzano	442	136	578	925	293	1.218	1.367	429	1.796
Provincia autonoma di Trento	527	92	619	1.068	194	1.262	1.595	286	1.881
Veneto	1.756	524	2.280	2.791	942	3.733	4.547	1.466	6.013
Friuli Venezia Giulia	1.359	319	1.678	693	208	901	2.052	527	2.579
Emilia Romagna	621	201	822	1.018	326	1.344	1.639	527	2.166
Toscana	653	245	898	1.095	383	1.478	1.748	628	2.376
Umbria	196	26	222	353	78	431	549	104	653
Marche	264	47	311	255	51	306	519	98	617
Abruzzo	119	22	141	36	12	48	155	34	189
Molise	71	16	87	112	30	142	183	46	229
Campania	187	23	210	185	24	209	372	47	419
Basilicata	72	15	87	65	19	84	137	34	171
Calabria	82	19	101	94	24	118	176	43	219
Sardegna	277	56	333	362	63	425	639	119	758
Italia	8.960	2.543	11.503	11.607	3.598	15.205	20.567	6.141	26.708

per il 12,6 per cento di inserimento in gruppi di autosoccorso. Per alcuni di questi utenti si è reso necessario il ricovero in strutture ospedaliere, principalmente per la sindrome da dipendenza da alcol, che ha riguardato il 64,7 per cento degli utenti in ricovero ospedaliero o day-hospital e il 71,1 per cento degli utenti di case di cura private convenzionate.

Nelle tabelle 7, 8, 9 e 10 sono riportati, rispettivamente, i dati riguardanti soggetti di 14 anni o più:

- suddivisi per ripartizione geografica che hanno consumato vino, birra e altre bevande alcoliche almeno qualche volta l'anno tra il 1997 e il 1999;
- suddivisi per sesso e classi di età che hanno consumato vino, birra e altre bevande alcoliche almeno qualche volta l'anno nel 1999;
- suddivisi per sesso che hanno consumato vino, birra e altre bevande alcoliche almeno qualche volta l'anno tra il 1997 e il 1999;
- suddivisi per sesso che hanno consumato aperitivi alcolici, amari, superalcolici o liquori almeno qualche volta l'anno tra il 1998 e il 1999.

Nella tabella 11 è riportata la distribuzione regionale degli utenti dei servizi o gruppi di lavoro rilevati nel 1998 e nelle figure 1, 2 e 3 gli stessi utenti distribuiti, rispettivamente:

- per fasce di età;
- per bevanda alcolica di uso prevalente;
- per programma di trattamento.

Nutrizione e abitudini alimentari

Nell'Europa comunitaria lo sviluppo politico e socioeconomico assicura oggi un'abbondante quantità di cibo e la speranza di vita è cresciuta in questo secolo anche in relazione a questa disponibilità.

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

In particolare, si stima che in Europa i fattori nutrizionali e l'inattività fisica siano implicati:

- nel 30-40 per cento dei tumori;
- in almeno un terzo delle morti premature dovute a malattie cardiovascolari;
- nell'epidemia di obesità e sovrappeso, che è a sua volta causa di diabete mellito negli anziani, di malattie cardiovascolari, di alcuni tipi di tumore e di morti premature;
- nell'osteoporosi e nelle sue conseguenze, comprese le fratture del femore negli anziani.

I fattori dietetici sono anche legati alle carie dei denti, alla carenza di ferro e ai disturbi dovuti al deficit di iodio.

Il tradizionale modello mediterraneo del nostro Paese, basato in larga prevalenza sul consumo di alimenti di origine vegetale, è oggi considerato dal mondo scientifico come la migliore espressione di un sano regime alimentare e pertanto la sua composizione viene assunta come indice di riferimento per le raccomandazioni nutrizionali rivolte alle popolazioni di tutti i Paesi industrializzati. L'adozione di ritmi di vita più frenetici, ma meno dispendiosi sul piano energetico, che ha fatto seguito all'evoluzione tecnologica delle società occidentali, ha portato mediamente la popolazione italiana a un progressivo distacco da questo modello. L'obiettivo da tempo prefissato, pertanto, è quello di pervenire a un suo soddisfacente recupero. L'attuale profilo dei consumi alimentari mostra un avvicinamento agli standard alimentari raccomandati rispetto al recente passato, ma occorre proseguire con i programmi di intervento per migliorare ulteriormente la situazione.

La nutrizione attuale degli italiani (anche in connessione con attività motoria e obesità) non si discosta molto, in media, dalle raccomandazioni proposte. In sintesi si può affermare che:

- il livello di attività fisica è sicuramente inferiore a quello raccomandato, pari a 60-80 minuti di cammino al giorno;
- l'indice di massa corporea, pari a 25,1 per le donne e 26,2 per gli uomini, è superiore a quello raccomandato;
- la percentuale di energia derivante dai grassi è pari al 33,9 per cento, di poco superiore al 30 per cento raccomandato;
- la percentuale di energia da grassi saturi è pari al 10,4 per cento, praticamente pari alla percentuale raccomandata;
- la percentuale di energia da carboidrati è pari al 46,9 per cento, inferiore al 55 per cento raccomandato (quella da zuccheri è pari al 15 per cento, superiore alla percentuale raccomandata);
- la percentuale di energia da proteine è pari al 16,1 per cento, superiore alla quantità raccomandata;
- il consumo di frutta e verdura è pari a 465 grammi al giorno ed è in linea con la raccomandazione al riguardo;
- l'assunzione di fibre alimentari è di 19,7 grammi al giorno, inferiore ai 25 per cento raccomandato;

- il consumo di sodio (sale) supera i 10 grammi al giorno ed è superiore al livello raccomandato;
- l'allattamento esclusivo al seno per almeno 6 mesi è praticato per periodi più brevi e spesso in modo non esclusivo.

Un elemento positivo per l'Italia è dato dal fatto che l'influenza della tradizione ha frenato l'ampia diffusione del modello alimentare basato sul pasto veloce, consumato rapidamente, ricco di grassi animali e povero di frutta e verdura, come invece è già avvenuto in altri Paesi industrializzati, Stati Uniti in particolare.

Per quanto concerne le attuali abitudini alimentari a livello nazionale, l'indagine multiscopo 1999 condotta dall'ISTAT, fa rilevare, relativamente ai pasti principali, che il 69,3 per cento degli uomini e il 73,4 per cento delle donne conferiscono una maggiore importanza al pranzo rispetto alla cena (uomini: 23,1 per cento; donne 18,3 per cento).

L'importanza del pranzo diminuisce nella fascia di età compresa tra 20 e 54 anni per gli uomini e tra 18 e 54 per le donne. Nella fascia d'età tra 20 e 59 anni per gli uomini e tra 18 e 54 anni per le donne l'importanza della cena è maggiore rispetto alla media generale.

È poi da evidenziare l'aumento di interesse che si registra verso la prima colazione, soprattutto da parte dei giovani e delle donne.

In relazione ai piatti consumati, le maggiori preferenze sono rivolte agli alimenti a base di cereali, come il pane, la pasta e il riso: almeno uno di questi viene consumato giornalmente dal 90,3 per cento degli uomini e dall'87,2 per cento delle donne.

Riguardo agli altri alimenti vegetali, vengono consumati almeno una volta al giorno:

- frutta, dal 73,8 per cento degli uomini e dal 78,9 per cento delle donne;
- verdure, dal 43,5 per cento degli uomini e dal 52 per cento delle donne;
- ortaggi, dal 37,4 per cento degli uomini e dal 44,2 per cento delle donne.

Poco più della metà della popolazione assume pesce qualche volta la settimana (54,1 per cento degli uomini e 54,4 delle donne), mentre per il latte e i formaggi l'assunzione giornaliera è maggiore tra le donne (rispettivamente, 64,6 per cento e 30,9 per cento) che tra gli uomini (rispettivamente, 57,1 per cento e 30,7 per cento).

Se si tengono presenti le indicazioni dei LARN (Livelli di assunzione di energia e nutrienti per la popolazione italiana, revisione 1996), il numero di porzioni da consumare giornalmente per quanto riguarda i gruppi latte e derivati, ortaggi e frutta e per il pesce (inserito all'interno del gruppo carni, pesci, uova) risulta essere il seguente:

- 2,5 porzioni del gruppo latte e derivati (latte o yogurt: 2 porzioni giornaliere; formaggio fresco o stagionato: 0-1 porzioni giornaliere);
- 4-8 porzioni del gruppo ortaggi e frutta (2-4 tra insalate e ortaggi e 2-4 tra frutta o succo di frutta);
- 2-3 porzioni di pesce alla settimana.

Dal confronto tra i dati di consumo e le raccomandazioni appare quindi importante evidenziare che:

- per quanto riguarda gli uomini, non assume frutta tutti i giorni il 26,2 per cento; ortaggi il 62,6 per cento; verdure il 56,5 per cento; per quanto riguarda le donne, non assume giornalmente frutta il 21,1 per cento, ortaggi il 55,8 per cento, verdure il 48 per cento;
- il 35,4 delle donne e il 42,9 per cento degli uomini non assumono latte almeno una volta al giorno;
- quasi la metà della popolazione non assume pesce nelle quantità auspicabili.

Un altro fattore che incide sulle abitudini e sui consumi alimentari è dato dalla frequenza con la quale attualmente una consistente parte della popolazione, per varie ragioni, consuma una parte importante della sua razione alimentare al di fuori dell'ambiente domestico. Un'influenza considerevole su tale abitudine è esercitata dall'appartenenza a particolari classi di età e determinate aree geografiche e soprattutto dal tipo di attività svolta (lavorativa o scolastica).

I dati dell'ISTAT attestano che pranza in casa il 70,7 per cento degli uomini e l'82,4 per cento delle donne.

Se si considera il numero di persone che pranzano in mensa, al ristorante o in trattoria, al bar o sul posto di lavoro, risultano pranzare fuori casa il 22,8 per cento degli uomini e l'11,7 per cento delle donne.

Appare quindi necessaria l'adozione di iniziative dirette a:

- aumentare la consapevolezza da parte della popolazione dell'importante contributo che è in grado di fornire una sana alimentazione;
- intensificare i programmi di educazione alimentare finalizzati a sviluppare un orientamento critico e consapevole da parte dei consumatori nei riguardi sia delle scelte sia dei comportamenti alimentari;
- promuovere la conoscenza della qualità e della composizione nutrizionale dei prodotti alimentari.

Altri interventi devono essere rivolti ai settori produttivi, per favorire la produzione e la disponibilità di alimenti con un elevato standard qualitativo e in grado di facilitare il conseguimento degli standard nutrizionali raccomandati.

Appaiono inoltre utili iniziative dirette a promuovere la qualità della ristorazione collettiva e l'adeguatezza nutrizionale dei pasti serviti.

Il Piano sanitario nazionale (PSN) 1998-2000, nel promuovere l'adozione del modello mediterraneo, ha fissato specifici obiettivi nutrizionali da conseguire per quanto riguarda la presenza di grassi, carboidrati e sale nella razione alimentare. Al riguardo prevede, con riferimento alla popolazione adulta:

- per i grassi un contributo all'apporto energetico giornaliero non superiore al 30 per cento e per i grassi saturi inferiore al 10 per cento;
- per i carboidrati un contributo all'apporto energetico giornaliero superiore al 55 per cento e per la frazione degli zuccheri inferiore al 10 per cento;
- per il sale da cucina un'assunzione giornaliera massima inferiore a 6 g.

Tra gli altri obiettivi nutrizionali da conseguire correlati a quelli espressamente delineati dal PSN, vi sono i seguenti:

- per quanto riguarda il consumo di grassi, largo privilegio da accordare ai grassi monounsaturi, in piena armonia con la tradizione mediterranea, dove l'olio di oliva rappresenta un elemento caratterizzante;
- per quanto riguarda i grassi polinsaturi, una tendenziale riduzione del rapporto tra quelli della serie omega-6 (di cui è precursore l'acido linoleico) e quelli della serie omega-3 (di cui è precursore l'acido alfa-linolenico), in modo da giungere a un rapporto più vicino a quello attualmente raccomandato (4-5:1 tra acido linoleico e grassi polinsaturi omega-3);
- una quantità giornaliera di colesterolo non superiore a 300 mg per l'adulto e a 100 mg/1000 kcal nel bambino;
- un consumo medio di fibre alimentari non inferiore ai 30 g, quale espressione di un suf-

- ficiente consumo di frutta, verdura e legumi da parte della popolazione, capace anche di fornire un valido contributo al soddisfacimento del fabbisogno di vari micronutrienti;
- eliminazione della malnutrizione per difetto; al riguardo, in riferimento al gozzo e ad altre manifestazioni da carenza di iodio ancora endemiche in varie zone del territorio nazionale, appare opportuno promuovere il consumo di sale da cucina arricchito con iodio.

Occorre poi considerare che, a fianco e a complemento delle iniziative nazionali, un importante contributo può essere dato anche da interventi regionali mirati alla peculiare realtà locale, soprattutto dove questa si discosti significativamente dalla media nazionale. Nel caso dell'olio di oliva, per esempio, il dato relativo al consumo medio risulta elevato ma non esprime le differenze che si registrano a livello territoriale, dato che nella gran parte delle regioni del Nord il numero di consumatori è più basso.

Per quanto i disturbi da carenza di iodio è stato avviato un disegno di legge per la promozione del consumo di sale arricchito con iodio.

In definitiva, il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PSN in materia di alimentazione e più in generale dell'obiettivo di "un'alimentazione progressivamente corrispondente agli standard nutrizionali ottimali raccomandati dagli organismi scientifici" richiede l'attuazione di varie iniziative nelle direzioni precedentemente indicate. In particolare, alla luce della situazione attuale, appare opportuna un'intensificazione degli interventi volti alla riduzione dell'obesità e alla sua prevenzione a partire dall'infanzia, dato che il bambino obeso ha molte probabilità di restare tale anche in età adulta.

Sovrappeso e obesità

L'obesità rappresenta un importante fattore di rischio per la salute di un individuo. A un eccesso di peso, con conseguente accumulo di grasso corporeo, si possono associare soprattutto complicanze cardiovascolari o dell'apparato muscoloscheletrico, ma forte è anche l'associazione fra obesità e diabete, malattie del fegato o della colecisti, cancro e ipertensione. La sua insorgenza si ritiene imputabile a fattori di tipo genetico o fisiologico, che concorrono o interagiscono con altri di tipo comportamentale o ambientale: scorrette abitudini alimentari, spesso associate a stili di vita sedentari, possono accrescere il rischio che si sviluppi obesità, in particolare tra i soggetti che già presentano una predisposizione genetica.

Pertanto, uno degli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 e condiviso da molti altri Paesi sviluppati si propone di controllare e contrastare il fenomeno, favorendo azioni di prevenzione sugli stili di vita per ridurre la prevalenza di individui obesi. A fini epidemiologici, un buon criterio diagnostico per conoscere la diffusione dell'obesità in vasti gruppi di popolazione è rappresentato dall'indice di massa corporea (IMC) (Body mass index, BMI), proposto da Quetelet nel 1868. L'IMC è un indice ponderostaturale dato dal rapporto tra il peso corporeo di un individuo, espresso in chilogrammi, e il quadrato della sua statura, espressa in metri.

Il valore soglia dell'IMC adottato per stabilire se un individuo possa considerarsi obeso è pari a 30, secondo i criteri stabiliti dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). La classificazione dell'OMS distingue inoltre l'obesità in tre livelli: di primo grado o lieve (IMC fino a 34,997; di secondo grado o moderata (IMC da 35 a 39,99); di terzo grado o grave (IMC con un valore di 40 o più).

Fonti informative. Le indagini HIS (Health interview survey), attualmente disponibili a

livello nazionale sul peso e la statura degli italiani, consistono in dati autodichiarati dagli intervistati derivanti da indagini ISTAT a campione, effettuate tramite interviste. Il limite di tali fonti è che l'autodichiarazione comporta una sovrastima dell'altezza e una sottostima del peso, anche se a livello medio i dati ottenuti sono confrontabili con la mediana della popolazione e sono comunque ben utilizzabili come stima del valore vero.

Le stime derivanti dai primi due trimestri dell'indagine multiscopo su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" del 1999/2000, considerando la classificazione dell'OMS nelle quattro classi sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesità (sottopeso valori di IMC inferiori a 18,5, normopeso valori di IMC compresi tra 18,5 e 24,99, sovrappeso valori di IMC compresi tra 25 e 29,99 e obesità valori di IMC ≥ 30), mettono in luce che la maggioranza degli adulti italiani, pari al 53,8 per cento, è in una condizione di normopeso, un adulto su tre risulta essere sovrappeso (33,4 per cento), il 9,1 per cento è obeso e il restante 3,6 per cento in condizioni di sottopeso.

Mentre l'obesità interessa nella stessa misura uomini e donne, per il sovrappeso sono sensibili le differenze di genere: il 42 per cento dei maschi contro il 25,7 per cento delle donne; e ancor più rilevanti sono le differenze per il sottopeso: oltre l'86 per cento è rappresentato da donne, soprattutto giovani.

Eccesso di peso. Emerge che oltre 4 milioni sono le persone adulte obese in Italia, con un incremento stimato del 25 per cento rispetto al 1994, tendenzialmente in linea con gli incrementi registrati in altri Paesi europei (per la Spagna l'incremento 1993-1997 è stato pari al 30 per cento). Non si registra alcun aumento dei soggetti sovrappeso rispetto al 1994, che sono oltre 15 milioni tra i maggiorenni, ma in termini di prevalenza l'Italia presenta livelli molto bassi di sovrappeso rispetto agli altri Paesi europei.

Con il crescere dell'età la quota di soggetti obesi aumenta. Sono poco meno del 2 per cento i giovani (18-24 anni) che presentano un eccesso di peso ponderale, ma il fenomeno acquista particolare rilevanza intorno all'età di 50 anni: il tasso di prevalenza subisce un evidente salto, raggiungendo complessivamente circa il 13 per cento nella fascia di età tra 45 e 54 (per le donne il tasso di obesità tra 45 e 54 anni addirittura raddoppia rispetto alla fascia di età immediatamente precedente), arriva al valore massimo del 15 per cento per i soggetti tra 55 e 64 anni e si attesta al 12,4 per cento per gli anziani di 65 anni o più.

Anche i soggetti sovrappeso presentano una relazione diretta tra eccesso di peso ed età: tra i giovani di 18-24 anni la percentuale è di circa il 13 per cento (per i maschi quasi il 18 per cento), triplicandosi nelle fasce di età critiche intorno a 50 anni, fino a raggiungere livelli massimi del 45 per cento tra gli anziani di 65-74 anni.

Tassi di sovrappeso elevati sono stati riscontrati anche in alcuni studi osservazionali sugli anziani condotti in Italia, ma ciò potrebbe essere dovuto al fatto che l'IMC non sembra appropriato a misurare il fenomeno in queste fasce di popolazione, per la riduzione di statura che si verifica a causa dell'età (incurvamento della colonna vertebrale o schiacciamento delle vertebre). La soluzione potrebbe essere ricercata ipotizzando una diversa classificazione adattata alle classi anziane.

Distribuzione. Sul territorio emergono differenze passando da Centro-Nord al Sud del Paese (il confronto è stato effettuato con dati depurati dalla diversa distribuzione per età delle diverse zone geografiche). Ai tassi standardizzati del Meridione, con valori di obesità dell'11 e 12 per cento, rispettivamente per maschi e femmine, si contrappongono tassi corrispondenti del 7,7 per cento e del 7,5 per cento rilevati nel Nordovest.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 12. Soggetti di 18 anni o più suddivisi per indice di massa corporea, classi di età e sesso (settembre-dicembre 1999)*

classi di età	sottopeso	normopeso	indice di massa corporea sovrappeso	obesità	totale	popolazione (in migliaia)
maschi						
18-24	3,1	77,5	17,7	1,7	100	2.516
25-34	1,3	61,3	32,9	4,4	100	4.460
35-44	0,3	46,9	44,5	8,3	100	4.408
45-54	0,5	36,1	49,7	13,8	100	3.753
55-64	0,5	34,6	50,5	14,5	100	3.253
65-74	0,7	33,9	52,2	13,2	100	2.582
75 anni o più	3,2	44,3	44,3	8,1	100	1.552
totale	1,1	47,9	41,8	9,1	100	22.525
femmine						
18-24	17,8	72,6	7,8	1,8	100	2.387
25-34	10,5	74,7	11,9	2,9	100	4.395
35-44	4,5	69,4	20,3	5,8	100	4.349
45-54	2,4	54,9	30,0	12,8	100	3.862
55-64	1,9	44,9	37,9	15,3	100	3.422
65-74	1,8	45,4	38,6	14,2	100	3.186
75 anni o più	5,8	46,9	35,2	12,1	100	2.728
totale	6,0	59,2	25,7	9,1	100	24.329
maschi e femmine						
18-24	10,3	75,1	12,9	1,7	100	4.904
25-34	5,9	67,9	22,5	3,7	100	8.855
35-44	2,4	58,1	32,5	7,1	100	8.757
45-54	1,4	45,6	39,7	13,3	100	7.615
55-64	1,2	39,9	44,0	14,9	100	6.675
65-74	1,3	40,2	44,7	13,7	100	5.768
75 anni o più	4,8	46,0	38,5	10,7	100	4.280
totale	3,6	53,8	33,4	9,1	100	46.854

* quozienti per 100 persone della stessa età e dello stesso sesso

Una chiave di lettura di tale divario potrebbe riscontrarsi nell'elevata correlazione tra tasso di obesità e condizioni socioeconomiche meno favorevoli e tra eccesso di peso e bassi livelli di istruzione.

Fattori predisponenti. L'obesità e il sovrappeso, sono inversamente correlati al titolo di studio conseguito. Tra gli adulti con titolo di studio medio-alto (diploma o laurea) la percentuale degli obesi è pari al 4,5 per cento, mentre sale al 15 per cento tra gli adulti che possiedono al massimo la licenza elementare o nessun titolo; tali differenze persistono anche effettuando l'analisi nelle varie fasce di età.

Il fenomeno è più accentuato tra le donne. Si mette in luce infatti che il rischio per una donna con basso titolo di studio di diventare obesa è 3-4 volte superiore alla sua pari diplo-

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 13. Soggetti di 18 anni o più divisi per sesso, indice di massa corporea, ripartizione geografica e tipologia del comune di residenza (settembre-dicembre 1999) *

	sottopeso	indice di massa corporea normopeso	sovrappeso	obesità	totale	popolazione (in migliaia)
maschi						
<i>ripartizioni geografiche</i>						
Italia nordoccidentale	1,4	51,6	39,4	7,6	100	6.080
Italia nordorientale	0,7	46,5	42,8	10,1	100	4.262
Italia centrale	1,1	50,2	39,9	8,8	100	4.414
Italia meridionale	1,1	44,0	44,8	10,1	100	5.259
Italia insulare	1,1	45,9	43,0	10,0	100	2.509
<i>tipi di comune</i>						
comune centro dell'area metropolitana	1,2	51,5	39,6	7,6	100	3.501
periferia dell'area metropolitana	1,1	46,9	43,3	8,7	100	2.739
fino a 2.000 abitanti	0,7	45,4	43,2	10,7	100	1.427
da 2.001 a 10.000 abitanti	1,0	46,0	42,7	10,3	100	5.652
da 10.001 a 50.000 abitanti	1,2	47,6	42,1	9,1	100	5.462
50.001 abitanti o più	1,3	49,6	40,5	8,6	100	3.743
Italia	1,1	47,9	41,8	9,1	100	22.525
femmine						
<i>ripartizioni geografiche</i>						
Italia nordoccidentale	7,8	61,0	22,9	8,3	100	6.566
Italia nordorientale	5,9	60,3	24,9	8,9	100	4.578
Italia centrale	5,3	61,0	25,7	8,0	100	4.799
Italia meridionale	4,0	55,3	29,5	11,2	100	5.651
Italia insulare	7,1	58,4	25,6	9,0	100	2.735
<i>tipi di comune</i>						
comune centro dell'area metropolitana	5,9	62,3	23,7	8,1	100	4.039
periferia dell'area metropolitana	5,2	60,1	25,9	8,8	100	2.801
fino a 2.000 abitanti	6,1	57,0	26,8	10,1	100	1.498
da 2.001 a 10.000 abitanti	5,8	57,9	26,8	9,4	100	5.977
da 10.001 a 50.000 abitanti	6,1	57,3	26,0	10,6	100	5.928
50.001 abitanti o più	6,5	61,2	24,8	7,5	100	4.087
Italia	6,0	59,2	25,7	9,1	100	24.329
maschi e femmine						
<i>ripartizioni geografiche</i>						
Italia nordoccidentale	4,7	56,4	30,8	8,0	100	12.646
Italia nordorientale	3,4	53,6	33,5	9,5	100	8.841
Italia centrale	3,3	55,8	32,5	8,4	100	9.214
Italia meridionale	2,6	49,8	36,9	10,7	100	10.910
Italia insulare	4,2	52,4	33,9	9,4	100	5.244
<i>tipi di comune</i>						
comune centro dell'area metropolitana	3,7	57,3	31,1	7,9	100	7.540
periferia dell'area metropolitana	3,2	53,6	34,5	8,7	100	5.540
fino a 2.000 abitanti	3,5	51,3	34,8	10,4	100	2.925
da 2.001 a 10.000 abitanti	3,5	52,1	34,5	9,9	100	11.629
da 10.001 a 50.000 abitanti	3,8	52,6	33,7	9,9	100	11.390
50.001 abitanti o più	4,0	55,7	32,3	8,0	100	7.830
Italia	3,6	53,8	33,4	9,1	100	46.854

* quozienti per 100 persone della stessa età e dello stesso sesso

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 14. Soggetti di 18 anni o più suddivisi per indice di massa corporea, sesso, classi di età e titolo di studio (settembre-dicembre 1999)*

titolo di studio	sottopeso	indice di massa corporea		obesità	totale	popolazione (in migliaia)
		normopeso	sovrapeso			
maschi						
18-64 anni						
laurea o diploma media superiore	1,2	57,7	35,2	5,9	100	7.381
licenza scuola media inferiore	0,8	49,7	40,9	8,5	100	7.780
licenza elementare o nessun titolo	0,8	34,2	49,6	15,3	100	3.231
totale	1,0	50,2	40,1	8,7	100	18.391
65-74 anni						
laurea o diploma media superiore	0,4	39,7	50,3	9,7	100	382
licenza scuola media inferiore	1,1	35,1	52,1	11,7	100	475
licenza elementare o nessun titolo	0,7	32,3	52,7	14,4	100	1.725
75 anni o più						
laurea o diploma media superiore	2,3	54,1	36,9	6,7	100	194
licenza scuola media inferiore	3,6	44,7	47,3	4,5	100	185
licenza elementare o nessun titolo	3,3	42,7	45,1	9,0	100	1.173
totale	3,2	44,3	44,3	8,1	100	1.552
totale						
laurea o diploma media superiore	1,2	56,7	36,0	6,1	100	7.956
licenza scuola media inferiore	0,9	48,8	41,7	8,6	100	8.440
licenza elementare o nessun titolo	1,3	35,3	49,6	13,8	100	6.129
totale	1,1	47,9	41,8	9,1	100	22.525
femmine						
18-64 anni						
laurea o diploma media superiore	9,8	74,0	13,5	2,6	100	7.183
licenza scuola media inferiore	6,5	66,1	20,4	7,0	100	6.726
licenza elementare o nessun titolo	2,1	42,8	37,8	17,3	100	4.507
totale	6,7	63,5	22,0	7,8	100	18.415
65-74 anni						
laurea o diploma media superiore	2,8	55,5	34,1	7,6	100	275
licenza scuola media inferiore	2,3	56,2	33,2	8,3	100	423
licenza elementare o nessun titolo	1,6	42,4	40,1	15,9	100	2.488
totale	1,8	45,4	38,6	14,2	100	3.186
75 anni o più						
laurea o diploma media superiore	3,7	61,0	30,9	4,4	100	146
licenza scuola media inferiore	6,5	58,5	26,1	8,9	100	271
licenza elementare o nessun titolo	5,8	44,6	36,6	13,0	100	2.312
totale	5,8	46,9	35,2	12,1	100	2.728
totale						
laurea o diploma media superiore	9,4	73,1	14,6	2,8	100	7.604
licenza scuola media inferiore	6,3	65,2	21,4	7,1	100	7.42
licenza elementare o nessun titolo	2,9	43,1	38,1	15,9	100	9.306
totale	6,0	59,2	25,7	9,1	100	24.329

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

segue

maschi e femmine 18-64 anni						
laurea o diploma media superiore	5,4	65,8	24,5	4,3	100	14.563
licenza scuola media inferiore	3,5	57,3	31,4	7,8	100	14.506
licenza elementare o nessun titolo	1,6	39,2	42,7	16,5	100	7.737
totale	3,9	56,8	31,1	8,2	100	36.806
65-74 anni						
laurea o diploma media superiore	1,4	46,3	43,5	8,8	100	657
licenza scuola media inferiore	1,7	45,1	43,2	10,1	100	898
licenza elementare o nessun titolo	1,2	38,3	45,2	15,3	100	4.213
totale	1,3	40,2	44,7	13,7	100	5.768
75 anni o più						
laurea o diploma media superiore	2,9	57,1	34,3	5,7	100	340
licenza scuola media inferiore	5,3	52,9	34,7	7,1	100	456
licenza elementare o nessun titolo	5,0	44,0	39,4	11,6	100	3.484
totale	4,8	46,0	38,5	10,7	100	4.280
totale						
laurea o diploma media superiore	5,2	64,7	25,5	4,5	100	15.560
licenza scuola media inferiore	3,4	56,5	32,2	7,9	100	15.859
licenza elementare o nessun titolo	2,2	40,0	42,7	15,1	100	15.434
totale*	3,6	53,8	33,4	9,1	100	46.854

*quozienti per 100 persone della stessa età e dello stesso sesso)

mata o laureata, mentre è di 2 volte superiore rispetto a una donna con titolo di licenza media inferiore, ciò naturalmente tenendo conto dell'età. Anche per le persone sovrappeso il titolo di studio influenza l'eccesso di peso, ma, a differenza dell'obesità, tale relazione si annulla nelle fasce di popolazione anziana.

Sottopeso. Spesso associata a veri e propri disturbi alimentari, si concentra soprattutto tra le giovani donne con un livello culturale medio-alto. Nella fascia di età tra 18 e 24 anni il sottopeso coinvolge complessivamente oltre il 10 per cento dei giovani (tra le donne sfiora il 18 per cento); decresce sensibilmente con l'aumentare dell'età, fino a raggiungere poco più dell'1 per cento tra gli anziani di 65-74 anni, ma tra gli ultrasessantacinquenni sale nuovamente al 5 per cento circa. Tra le laureate o diplomate di 18-34 anni circa il 15 per cento è in condizione di sottopeso e tale percentuale si riduce al 6,5 per cento tra le donne che hanno raggiunto al massimo la licenza elementare.

Comportamenti salutari. Le donne più degli uomini mostrano maggiore attenzione per il proprio peso, lo controllano almeno una volta al mese nel 61,9 per cento dei casi, contro il 46,4 per cento degli uomini. I comportamenti femminili sono differenziati quando si analizzano congiuntamente rispetto all'età e all'eccesso di peso: sono prevalentemente giovani o adulte (soprattutto fino all'età di 40 anni) le donne che controllano il proprio peso, con maggiore frequenza se in condizioni di sovrappeso e meno attente se in condizioni di obesità conclamata.

Tra le persone obese adulte solo il 18 per cento segue un regime dietetico particolare e il 13 per cento di quelle sovrappeso, contro il 10 per cento della popolazione adulta; nel 65

per cento dei casi tra gli obesi (56 per cento dei casi tra gli individui sovrappeso) si tratta di un tipo di dieta ipocalorica.

Sono noti i riflessi positivi determinati da una regolare attività fisica sui meccanismi di regolazione metabolica, aspetto particolarmente critico in molti soggetti obesi. Tuttavia è evidente che l'obesità rende più difficile, se non in alcuni casi addirittura dannosa, la pratica dell'esercizio fisico, innescando un ulteriore circolo vizioso tra eccesso di peso e scarso consumo di energie.

Nella valutazione soggettiva del proprio stato di salute tanto i soggetti obesi quanto quelli sovrappeso tendono a fornire giudizi più negativi rispetto a coloro che non hanno problemi di peso e ciò accade anche a parità di età.

Se in media l'8,5 per cento della popolazione adulta dichiara di star male o molto male, tale percentuale sale al 15,7 per cento tra gli obesi; tra le persone sovrappeso è pari al 9,1 per cento, tra i soggetti normopeso scende al 6,7 per cento e tra gli individui adulti sottopeso diventa del 12,3 per cento. In alcuni casi l'eccesso di peso può determinare seri problemi nei livelli di accettazione della propria condizione e incidere sui livelli generali di autostima. Nelle tabelle 12, 13 e 14 è riportata la distribuzione delle condizioni di sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesità nella popolazione con età di 18 anni o più in relazione, rispettivamente, con:

- sesso, indice di massa corporea e classe di età;
- sesso, indice di massa corporea e ripartizione geografica;
- sesso, indice di massa corporea, classe di età e titolo di studio.

Tossicodipendenze

Il consumo di sostanze stupefacenti illecite rappresenta in Italia un problema rilevante di salute, sia per gli effetti diretti sui soggetti che consumano sostanze sia per gli effetti indiretti che si manifestano nella popolazione generale. Sebbene non esistano dati relativi al consumo di droghe nella popolazione generale, la sostanza stupefacente illegale di gran lunga più usata tra i giovani in Italia, così come negli altri Paesi europei, è la cannabis.

Da un'indagine condotta nelle scuole di diversi Paesi europei tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 16 anni (1) risulta che in Italia, nel 1999, il 19 per cento dei giovani intervistati riferiva di avere usato cannabis almeno una volta nella vita, il 4 per cento solventi, il 2 per cento amfetamine, il 4 per cento ecstasy, l'1 per cento LSD, il 4 per cento cocaina e il 4 per cento eroina.

Nell'interpretazione di questi dati bisogna però tenere conto di problemi di validità e generalizzabilità. La prevalenza di consumo di queste sostanze è infatti assai più alta quando le indagini vengono condotte tra giovani contattati fuori da scuola, per esempio nei diversi punti di aggregazione (2).

Le droghe sintetiche. Particolare rilevanza ha assunto negli ultimi anni tra i giovani il consumo di droghe cosiddette sintetiche, in particolare l'ecstasy. Come è noto, le pasticche di ecstasy contengono sostanze molto diverse, la cui composizione è in continuo cambiamento; man mano che nuove sostanze vengono identificate e classificate altre ne vengono introdotte. Sostanze come la ketamina e il GHB (acido gamma-idrossibutirrico), assenti fino a poco tempo fa in Italia, sono ormai entrate sul mercato.

Oltre a sostanze illegali, le pasticche contengono spesso, e talvolta soltanto, sostanze legali,

in quantità però assai rischiose. Al di là degli effetti tossici acuti dei singoli componenti, ci sono prove che il rischio maggiore è attribuibile all'associazione e alla quantità dei diversi componenti.

L'eroina. Per quanto riguarda il consumo di eroina, le conoscenze epidemiologiche in questo campo si sono assai sviluppate negli ultimi anni, sia per quanto riguarda le stime di prevalenza sia per quanto riguarda gli effetti sulla salute e la valutazione dei trattamenti. Alle stime di prevalenza basate solo sugli utenti dei servizi pubblici si sono aggiunte le stime ottenute applicando metodi indiretti (3).

Si stima che in Italia nel periodo 1996-1998 fossero presenti da 200.000 a 400.000 consumatori abituali di eroina, con una prevalenza nella popolazione generale variabile dal 4 all'8 per mille nella fascia di età tra 15 e 64 anni (4). Il numero di soggetti tossicodipendenti che si sono rivolti ai servizi pubblici nello stesso periodo è passato da circa 130.000 nel 1996 a 138.000 nel 1998 e 142.000 nel 1999 (5). Si stima infatti che circa la metà o un terzo dei tossicodipendenti presenti in Italia si rivolga ai servizi pubblici.

Per quanto riguarda le caratteristiche dei soggetti tossicodipendenti che si rivolgono ai servizi pubblici, si è osservata una progressiva riduzione della prevalenza di consumatori di eroina, che rimane comunque la principale sostanza di abuso in questa popolazione; si è passati infatti dal 90 per cento del 1991 all'84 per cento del 1999.

Il consumo di eroina, contrariamente alle altre sostanze, sembra comunque riguardare le fasce più emarginate della popolazione.

La mortalità. La tossicodipendenza rappresenta oggi uno dei più gravi problemi di salute della popolazione giovanile adulta e ha contribuito a provocare l'inversione del trend di mortalità discendente che durava in Italia da più di un secolo. L'uso di droga è un'importante causa di morte tra i giovani adulti in Italia (6, 7, 8) come in molti altri Paesi occidentali.

Numerosi studi longitudinali su coorti di tossicodipendenti arruolati presso i servizi pubblici hanno evidenziato un notevole eccesso di mortalità totale per molte cause specifiche in queste popolazioni rispetto alla popolazione generale dello stesso sesso e della stessa età. Questo eccesso di mortalità risultava evidente anche prima dell'esordio e diffusione dell'infezione da HIV e dell'AIDS. L'epidemia dell'infezione HIV ha contribuito ad aumentare ulteriormente la mortalità dei tossicodipendenti che se negli anni ottanta era attribuibile essenzialmente a overdose negli anni più recenti è risultata strettamente correlata all'AIDS (9, 10).

Le informazioni sulla mortalità dei tossicodipendenti in Italia derivano da fonti distinte: sono disponibili i dati sui decessi "droga-correlati" forniti dal Ministero dell'interno e dal Registro nazionale di mortalità, curato dall'ISTAT, e quelli derivanti da studi di coorte condotti su popolazioni di tossicodipendenti afferenti ai servizi di trattamento seguite nel tempo.

Nella tabella 15 sono riportati i dati di mortalità ufficiale dell'ISTAT per overdose relativi al periodo 1980-1997 nella classe di età tra 15 e 64 anni.

In Italia sono stati condotti diversi studi longitudinali che hanno fornito dati sulla mortalità dei tossicodipendenti arruolati presso i servizi pubblici (SerT) di alcune città e regioni (Torino, Roma, Napoli e Cagliari; Emilia Romagna e Toscana) nel periodo tra il 1980 e il 1997. I tassi di mortalità per tutte le cause sono aumentati notevolmente tra l'inizio degli anni ottanta e la metà degli anni novanta (variando tra 11 per mille a 21 per mille), mantenendosi pressoché costanti ma comunque sempre elevati. Fino al 1991 le più frequenti

Tabella 15. Mortalità per overdose nella classe di età compresa tra 15 e 64 anni (anni 1980-1997 - ISTAT)

	uomini decessi	tasso std per 1.000.000	donne decessi	tasso std per 1.000.000
1980	130	7,35	18	0,99
1981	195	10,84	26	1,42
1982	224	12,32	35	1,84
1983	229	12,53	30	1,57
1984	300	16,35	43	2,27
1985	192	10,58	33	1,73
1986	200	11,00	38	2,00
1987	297	16,22	49	2,52
1988	561	30,01	93	4,84
1989	773	41,30	83	4,31
1990	985	52,07	124	6,42
1991	1.071	56,04	125	6,43
1992	998	51,72	100	5,12
1993	667	34,32	97	4,94
1994	750	38,41	61	3,11
1995	872	44,22	93	4,73
1996	1.014	50,96	106	5,40
1997	830	41,58	81	4,15

cause di morte tra i soggetti tossicodipendenti, anche se con alcune differenze tra città/regioni diverse, erano l'overdose e le cause violente, mentre successivamente l'AIDS è divenuta la causa principale di morte.

Tutti gli studi condotti concordano nell'evidenziare un eccesso di mortalità per tutte le cause nella popolazione tossicodipendente rispetto a quella generale dello stesso sesso e della stessa età, che risulta essere pari a circa 15 e 30 volte, rispettivamente, tra i maschi e le femmine. Tale eccesso è attribuibile non solo alle cause direttamente associate all'uso di droga ma anche a diverse cause specifiche di morte, quali le cause violente, la cirrosi epatica e le malattie degli apparati cardiocircolatorio e respiratorio.

L'infezione HIV. La valutazione dei dati disponibili sulla prevalenza dell'infezione da HIV tra i tossicodipendenti in trattamento, anche se di difficile interpretazione, a causa dell'alta percentuale di dati mancanti, mostra una diminuzione progressiva della prevalenza, dal 30 per cento del 1991 al 15 per cento del 1999 (5).

L'epidemia di infezione di HIV ha avuto il suo picco in Italia nel 1987 ed è diminuita successivamente. In particolare, si è assistito a un fenomeno di transizione epidemica, con un'incidenza attribuibile a contatti sessuali maggiore di quella attribuibile alla tossicodipendenza a partire dal 1992 (11).

Come noto, l'infezione da HIV si trasmette dai tossicodipendenti alla popolazione generale attraverso i rapporti sessuali; in particolare, attraverso il ricorso alla prostituzione agli uomini adulti, attraverso i rapporti eterosessuali alle donne della popolazione generale. Gli interventi mirati alla riduzione dell'incidenza dell'infezione da HIV nei tossico-

dipendenti, le strategie di riduzione del danno e i trattamenti di mantenimento con metadone ad alte dosi si sono dimostrati efficaci nel ridurre la prevalenza dell'infezione da HIV non solo tra i tossicodipendenti, ma anche e soprattutto nella popolazione generale (12, 13, 14).

Sebbene le iniziative di riduzione del danno si siano progressivamente sviluppate su tutto il territorio nazionale e la proporzione di persone in trattamento di mantenimento con metadone sia cresciuta nel tempo, passando dal 30,3 per cento del 1991 al 49,6 per cento nel 1999, vi è a tutt'oggi una grande variabilità dei trattamenti offerti, non solo tra regioni ma anche all'interno di una stessa regione.

I trattamenti. In Italia, a fronte di una scarsa variabilità nelle caratteristiche della popolazione seguita dai servizi pubblici per quanto riguarda la sostanza d'uso primario, rappresentata dall'eroina per il 72 per cento degli utenti delle Marche fino al 96 per cento degli utenti della Sardegna, si osserva invece un'estrema variabilità nel tipo di trattamento offerto; il trattamento psicosociale e riabilitativo viene offerto da solo al 12 per cento degli utenti del Lazio raggiungendo il 54 per cento tra gli utenti delle Marche, mentre il metadone viene offerto al 32 per cento degli utenti delle Marche raggiungendo il 79 per cento tra gli utenti del Lazio.

Questa informazione però se non viene riportata al dato analitico, rischia di essere fuorviante. Sebbene, per esempio, il Lazio mostri la più alta percentuale di trattamenti con metadone, di questi solo il 30,5 per cento è offerto come terapia di mantenimento e solo il 10 per cento dei servizi pubblici offrono il trattamento alle dosi per cui esistono prove scientifiche di efficacia. Sarebbero invece necessarie conoscenze più analitiche su tipologia ed esito degli altri trattamenti offerti.

L'osservazione di tale variabilità, non giustificata da elementi scientifici, oltre alla variabilità geografica della mortalità dei tossicodipendenti osservata, ha portato allo sviluppo di due iniziative, una nazionale e una internazionale, mirate alla promozione della valutazione di efficacia nel campo delle tossicodipendenze:

- nell'ambito della Collaborazione Cochrane, che è una rete internazionale con l'obiettivo di condurre, aggiornare e diffondere revisioni sistematiche della letteratura scientifica sull'efficacia degli interventi sanitari, è stato costituito un gruppo, con sede in Italia, che si occupa specificamente di tossicodipendenze e alcolismo (15)
- il Ministero della sanità ha promosso il primo studio longitudinale nazionale di valutazione dei trattamenti per la tossicodipendenza da eroina (VEdeTTE), nell'ambito del quale è stata arruolata una coorte prospettica di circa 13.500 tossicodipendenti afferenti a 119 SerT italiani, che verrà seguita nel tempo rispetto a diversi esiti.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea. EMCDDA 1999.
- 2) Bargagli AM et al. Epidemiologia delle tossicodipendenze. In: Di Mauro et al (a cura di). Dipendenze. Manuale teorico-pratico per operatori. Roma: Carocci Edizioni, 1999.
- 3) Estimating the prevalence of problem drug use in Europe. EMCDDA Scientific Monograph Series 1997.
- 4) Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea. EMCDDA 2000.
- 5) Relazione sull'attività nel settore delle tossicodipendenze. Ministero della sanità, 1999
- 6) Gruppo ESEDrA (Epidemiologic Studies on Effects of Drug Abuse). Mortalità tra i tossicodipendenti: studio multicentrico italiano. *Epid Prev* 1997; 21: 265-271.

- 7) Gruppo di studio MICOTOX (Mortalità In una COorte di TOSSicodipendenti in Toscana). *Epidemiologia della tossicodipendenza in Toscana*. Salute e Territorio 1998; 111: 329-335.
- 8) Ciccolallo L et al. La mortalità dei tossicodipendenti nella Regione Emilia Romagna e i suoi determinanti. Risultati di uno studio longitudinale. *Epidem. Prev.* 2000; 24: 75-80.
- 9) Galli M et al. for the Comcat Study Group. Mortality of intravenous drug users living in Milan, Italy: role of HIV-1 infection. *AIDS* 1994; 8: 1457-1463.
- 10) Davoli M et al. A persistent rise in mortality among injection drug users in Rome, 1980 through 1992. *Am J Public Health* 1997; 87: 851-853.
- 11) Brancato G et al. The changing distribution of HIV infection. HIV Surveillance in Lazio, Italy, 1985 through 1994. *Am J Pub Health* 1997; 87: 1654-1658.
- 12) Vlahov D et al. The role of needle exchange programs in HIV prevention. *Public Health Rep.* 1998; 113 (suppl. 1): 75-80.
- 13) Arcà M et al. Harm reduction in Rome: a model-based evaluation of its impact on the HIV-1 epidemic. In: Kaplan E et al. (a cura di). *Quantitative Evaluation of HIV prevention*. Yale University Press, 2000 (in corso di stampa).
- 14) Zaric GS et al. HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance. *Am J Public Health* 2000; 90: 1100-1111.
- 15) Davoli M et al. The Cochrane Review Group on Drugs and Alcohol Addiction 2000; 95: 1473-1474.

ALTRE FONTI NON CITATE

Pezzotti P et al. Increasing survival time after AIDS in Italy: the role of new combination antiretroviral therapies. *AIDS* 1999; 13: 249-255

Joint action of 16 June adopted by the Council on the basis of Article k.3 of the Treaty on European Union, concerning the information exchange, risk assessment and the control of new synthetic drugs. *Official Journal of the European Communities* 1997; Vol. 40, 25 June 1997; L.167

Porta D et al. Changes in survival among people with AIDS in Lazio, Italy, from 1993 to 1998. *AIDS* 1999; 13: 2125-2131.

Consumo di farmaci

Il consumo dei farmaci è un indicatore che può essere utilizzato per descrivere in via indiretta la realtà sanitaria italiana; in particolare per quel che riguarda l'incidenza delle varie classi di patologie presenti nel nostro territorio. I problemi che affliggono lo stato di salute degli italiani, ormai, non sono dissimili da quelli che caratterizzano gli altri paesi dell'Europa occidentale.

I paesi industrializzati come il nostro sono ormai tutti caratterizzati da una situazione sanitaria in cui la mortalità è bassa, ed è dominata dalle patologie cronico-degenerative (in particolare le malattie cardiovascolari e i tumori) e dalla riduzione della mortalità acuta per malattie infettive. Si tratta di una situazione che si è evoluta in tal senso solo a partire dalla seconda metà del secolo ventesimo.

Il consumo di farmaci da parte della popolazione è altresì un buon indicatore per verificare, in termini di risorse allocate, l'impegno del Sistema Italia per preservare lo stato di salute della popolazione. Se si analizza la spesa farmaceutica globale in termini percentuali rispetto al PIL risulta che il cittadino italiano nel 1998 ha speso, direttamente o tramite Servizio sanitario nazionale, l'1,34 per cento del PIL (figura 4) poco di più rispetto alla Germania e leggermente meno di Spagna e Stati Uniti.

Tale spesa - che somma nel 2000 a circa 31.800 miliardi - è sostenuta direttamente dal cittadino per il 38 per cento (12.117 miliardi) mentre per il restante 62 per cento (19.685 miliardi) è a carico dello Stato.

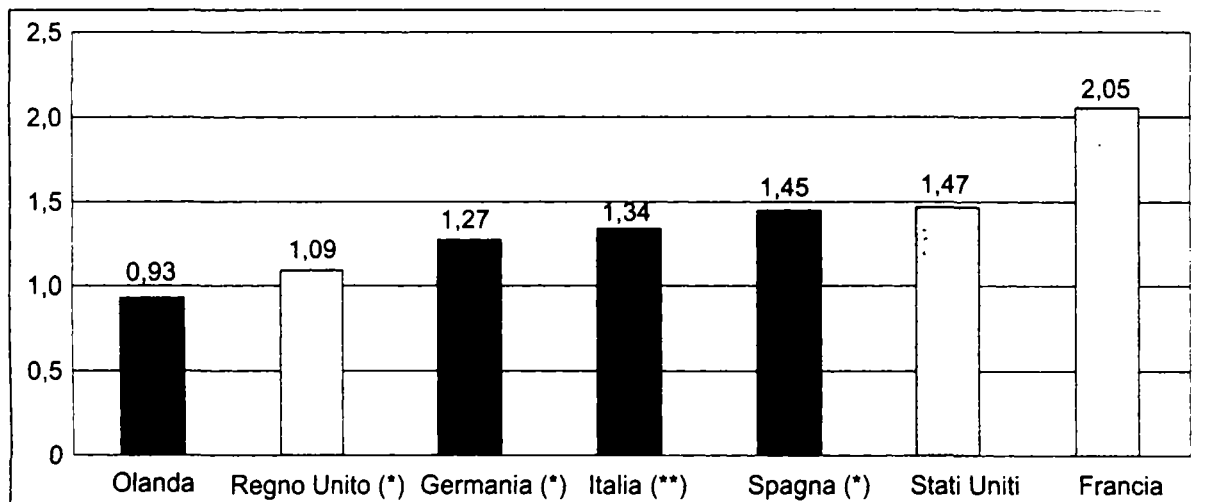


Figura 4. Confronto della spesa farmaceutica totale (pubblica + privata) sul PIL (percentuale), anno 1998, Fonte: OECD Health Data
(*) Dati 1997 (**) Dati Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali

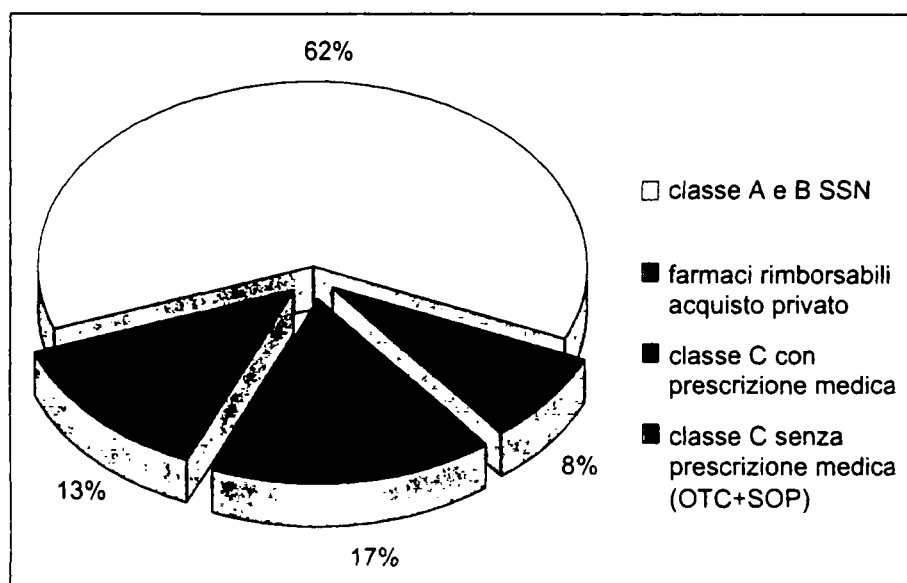


Figura 5. Composizione spesa farmaceutica pubblica + privata in Italia nel primo semestre 2000

Il 38 per cento a carico del cittadino è così costituito (figura 5):

- l'8 per cento è dovuto a farmaci che sebbene rimborsati dal SSN sono acquistati direttamente dai cittadini senza il ricorso al Servizio sanitario nazionale;
- il 17 per cento si deve all'acquisto di farmaci prescritti dal medico ma posti al di fuori della fascia di rimborsabilità del SSN (fascia C);
- il 13 per cento per l'acquisto di farmaci da automedicazione (OTC) o di farmaci acquistabili direttamente senza l'obbligo della ricetta del medico, per i quali, quindi, il cittadino opera in maniera autonoma senza una precisa indicazione terapeutica da parte del medico curante.

I farmaci erogati a carico del Servizio sanitario costituiscono circa il 62 per cento della spesa globale.

Globalmente ogni cittadino italiano nel 2000 ha speso in medicinali circa 552.000 lire di

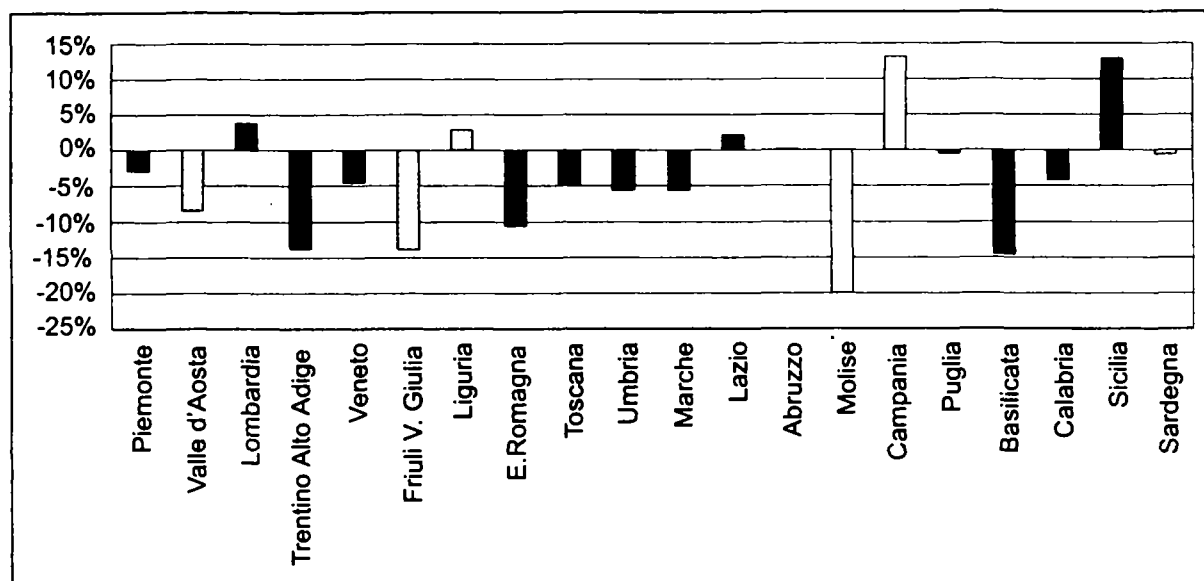


Figura 6 Spesa sanitaria pro capite primo semestre 2000; scarto rispetto alla media nazionale
 Spesa media per farmaci pro capite nazionale su base annua: lire 552.000
 Elaborazione RSSP, su dati Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali

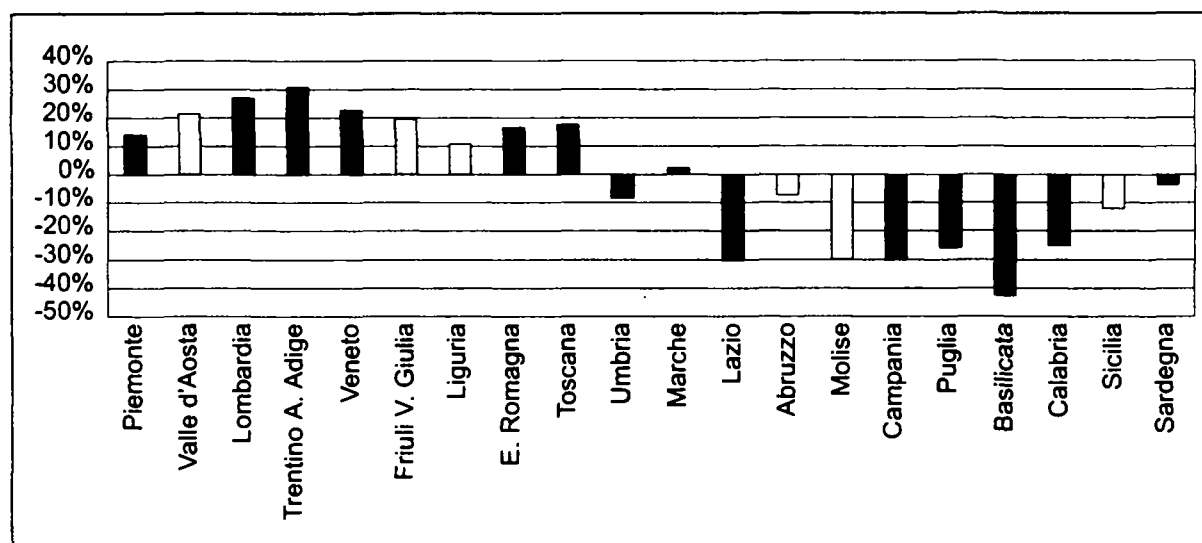


Figura 7 Scarto incidenza spesa farmaceutica privata singola regione rispetto media nazionale
 Incidenza spesa privata primo semestre 2000; media nazionale 38 per cento
 Fonte dati: Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali

cui la maggior parte, all'incirca 342.000 lire, è stata a carico del SSN e circa 210.000 a proprie spese. Questa distribuzione della spesa però non risulta omogenea, come si evidenzia anche dalla figura 6, in quanto si va dalle 625.000 circa della Campania alle 442.000 del Molise.

Se l'analisi si sposta invece sull'incidenza della spesa privata rispetto al globale della spesa farmaceutica, (circa il 38 per cento su base nazionale) si evidenzia - in base all'analisi dello scarto percentuale tra spesa privata di ogni singola regione rispetto alla spesa globale confrontata con la media nazionale (figura 7) - una netta separazione tra

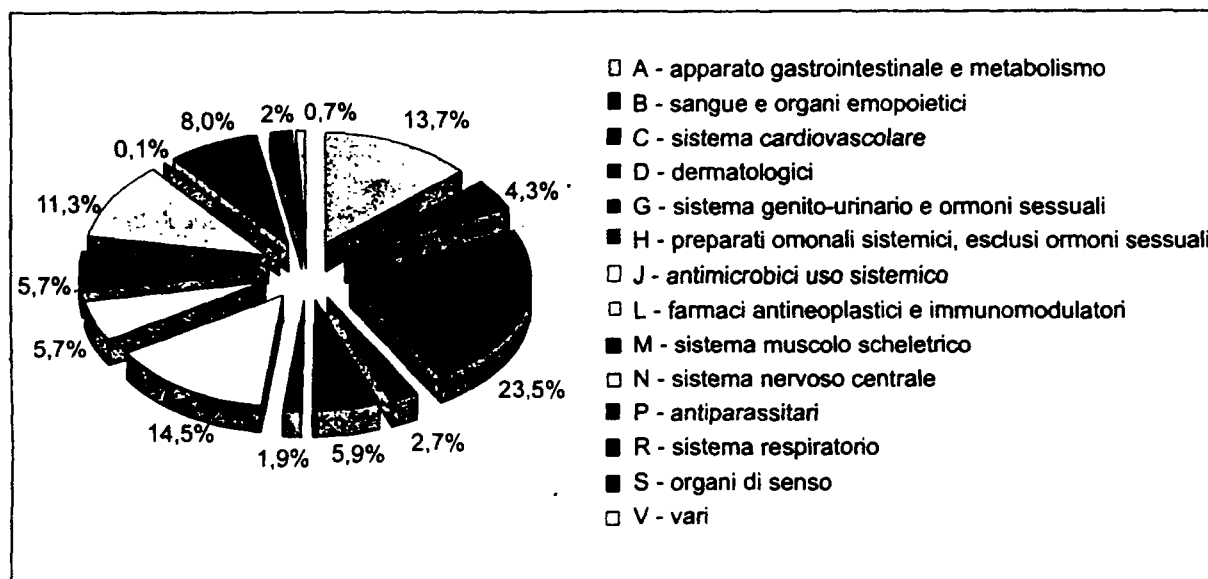


Figura 8. Distribuzione della spesa farmaceutica pubblica + privata per gruppo terapeutico secondo codifica OMS-ATC

le regioni del Nord che risultano avere una maggiore incidenza di spesa privata pro capite rispetto alle regioni del Sud che impegnano maggiormente le risorse pubbliche nell'acquisto di medicine.

Questa differenza sicuramente risente del diverso reddito pro capite della popolazione nelle diverse aree del territorio, anche se non è in linea di principio da escludere una diversità dei comportamenti sociali nei confronti dell'utilizzazione dei servizi medici.

L'analisi della spesa per farmaci sostenuta dal cittadino italiano permette di sottolineare i principali gruppi terapeutici che vengono utilizzati.

L'analisi della spesa integrata (pubblica + privata) e la suddivisione di farmaci per gruppi terapeutici secondo la codifica ATC (anatomico-terapeutico-chimica) dell'Organizzazione mondiale della sanità evidenzia (figura 8) che circa il 23,5 per cento della spesa è rivolto all'acquisto di farmaci operanti nell'ambito del sistema cardiovascolare in cui rientrano anche i farmaci antipertensivi, seguito con il 14 per cento circa dai farmaci antimicrobici, in cui rientrano gli antibiotici, dai farmaci per l'apparato gastrointestinale e per il metabolismo e con l'11,29 per cento i farmaci per il sistema nervoso centrale in cui rientrano i farmaci anti-ansia.

Se si considerano, invece, i farmaci erogati a carico del Sanitario nazionale si osserva che i farmaci per il trattamento delle malattie dell'apparato cardiovascolare, in particolare quelli utilizzati per tenere sotto controllo la pressione arteriosa, e i medicinali utilizzati contro le malattie infettive rappresentano da soli circa il 50 per cento della spesa pubblica totale.

Seguono i farmaci per il trattamento delle malattie dell'apparato gastrointestinale (con particolare riguardo nei confronti degli antiulcera) e del metabolismo che rappresentano circa il 13 per cento della spesa, i farmaci attivi sul sistema respiratorio (circa 7 per cento), gli antineoplastici (circa 6,5 per cento), e quelli attivi sul sistema nervoso centrale (circa 5 per cento).

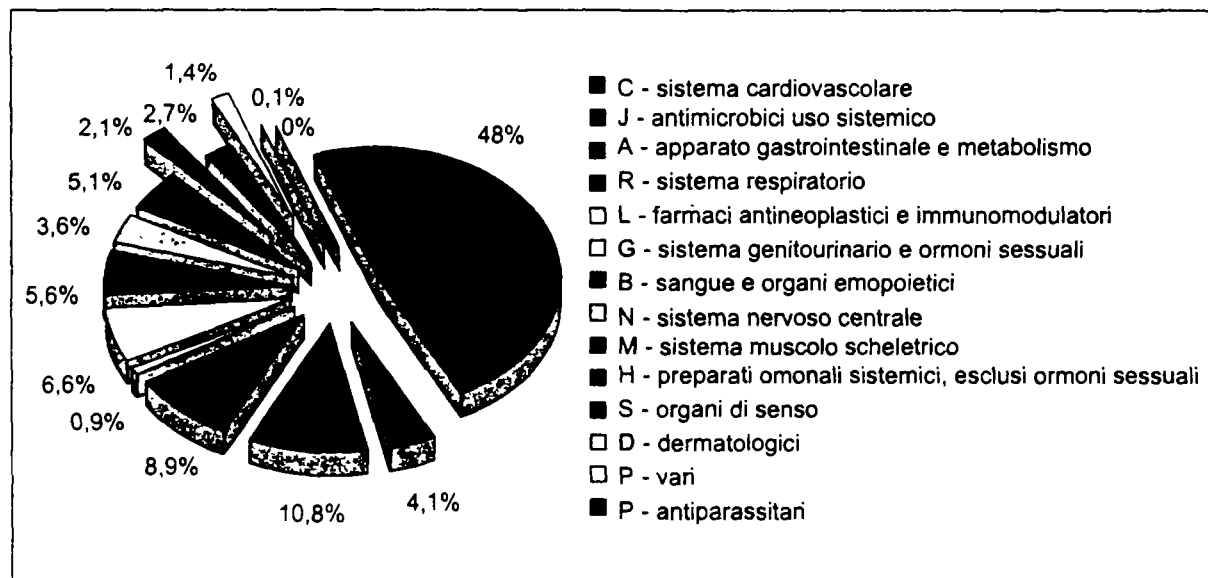


Figura 9. Consumo percentuale procapite di farmaci. Dose media giornaliera (DDD) per gruppo terapeutico; secondo codifica OMS-ATC

Tale andamento non varia sostanzialmente negli ultimi anni ed è caratterizzato da una rilevante presenza di farmaci utilizzati prevalentemente per trattamenti preventivi in particolare per la prevenzione delle patologie del sistema circolatorio (farmaci ipotensivi e ipolipemizzanti).

È da sottolineare comunque che la diversa distribuzione tra farmaci rimborsabili e farmaci non rimborsabili dei farmaci appartenenti ai vari gruppi terapeutici, sembrerebbe far apparire particolarmente ridotto il consumo dei farmaci neurologici che, invece, rappresentano il terzo gruppo della spesa (pubblica + privata), mentre costituiscono una quota di gran lunga minore della spesa pubblica in quanto i farmaci anti-ansia, che coprono da soli oltre il 50 per cento della spesa per questa categoria, non rientrano tra i medicinali rimborsabili.

Analoga situazione si ha per i medicinali utilizzati per il trattamento delle malattie che colpiscono l'apparato muscolo-scheletrico in cui il 45 per cento circa della spesa avviene fuori dal Servizio sanitario ed è in particolare dovuta al consumo dei medicinali ad azione anti-infiammatoria.

L'analisi della sola spesa sanitaria, infatti, non consente sotto il profilo metodologico un esame corretto dell'utilizzo dei farmaci in quanto confronta fra loro categorie di medicinali con costo di acquisto estremamente diversificato.

Un'analisi più precisa è quella che utilizza la dose media giornaliera per gruppo terapeutico secondo la codifica che è stata adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità.

Tale metodologia, solo recentemente introdotta nell'analisi su larga scala del consumo dei farmaci permette, limitatamente ai medicinali rimborsati dal SSN, l'analisi dell'utilizzo effettivo dei farmaci (figura 9).

Da tale analisi si mette in luce che circa il 50 per cento del consumo è da riferirsi ai farmaci per il sistema cardiovascolare, seguito a grande distanza dai farmaci per l'apparato gastrointestinale e per quello respiratorio e, infine, dai farmaci antineoplastici o immunomodulatori.

AMBIENTE

Aria

L'aria che noi respiriamo è uno dei fattori che possono influenzare negativamente lo stato di salute a causa della presenza di sostanze inquinanti. La presenza di tali inquinanti è molto variabile in aree diverse del nostro territorio sia per la diversa distribuzione delle attività umane sia per la presenza di fattori che possono influenzare in positivo o negativo lo stato di salubrità dell'aria. Il rischio per la salute connesso richiede una valutazione dell'esposizione personale in termini complessivi, che tenga conto sia dell'esposizione che si verifica all'esterno (outdoor) sia dell'esposizione negli ambienti confinati (indoor).

LA QUALITÀ DELL'ARIA ATMOSFERICA (outdoor)

L'inquinamento atmosferico è derivante dal traffico veicolare, dagli impianti di riscaldamento o da sistemi di produzione industriale ed è un importante fattore di rischio per la salute. Gli inquinanti presenti nell'aria possono contribuire all'aumento della prevalenza/incidenza di malattie respiratorie, allergie, tumori, malattie cardiovascolari e infettive, agendo come fattori inducenti o causali o aggravanti.

Negli ultimi anni sono state segnalate associazioni tra concentrazioni giornaliere di inquinanti atmosferici e numero di decessi o ricoveri ospedalieri per cause respiratorie e cardiovascolari. In particolare dati recenti, suggeriscono una relazione tra densità di traffico veicolare ed incidenza delle leucemie infantili.

In questo paragrafo saranno presi in esame due importanti fattori d'inquinamento urbano: le polveri, o particolato, e il benzene.

Il particolato. L'inquinamento da polveri sospese comprende una miscela di particelle allo stato solido o liquido che varia in dimensione, origine e composizione, costituite da svariate sostanze con proprietà tossiche quali: solfati, nitrati, metalli e numerose altre sostanze chimiche adsorbite.

Tra queste, le particelle di polvere di diametro inferiore ai 10 micron (PM10) sono utilizzate come indicatore per lo studio degli effetti sulla salute dell'inquinamento atmosferico. Le principali fonti di emissione di PM10 sono il traffico (10-25 per cento), le combustioni fisse (40-55 per cento) e i processi industriali (15-30 per cento). Il Centro europeo ambiente e salute di Roma dell'OMS ha recentemente completato uno studio sull'inquinamento atmosferico nelle 8 maggiori città italiane; l'obiettivo è la stima dell'impatto dell'inquinamento sulla salute dei cittadini. Le concentrazioni medie di PM10 rilevate sono riportate in tabella 16 e sottolineano come tutte le città presentino valori superiori allo standard di qualità dell'aria (40 µg/mc), attualmente previsto in Italia (il doppio di quan-

Tabella 16. Concentrazioni media annuali PM10 nelle 8 città: anno 1999

città	µg/mc	città	µg/mc
Torino	53,8	Firenze	46,5
Genova	46,1	Roma	51,2
Milano	47,4	Napoli	52,1
Bologna	51,2	Palermo	44,4

Tabella 17. Esiti sanitari attribuibili a concentrazioni superiori a 30 µg/mc di PM10

	proporzione sul totale per cento	numeri di casi attribuibili
mortalità totale (età>30)	4,7	3.472
ricoveri respiratori	3,0	1.887
ricoveri cardiovascolari	1,7	2.710
bronchite cronica (età>25)	14,1	606
bronchite acuta (età<15)	28,6	31.524
attacchi d'asma (età<15)	8,7	29.730

to previsto dalla normativa europea che è pari a 20 µg/mc). Riguardo gli esiti sanitari, lo studio ha considerato la mortalità a lungo termine, e altri effetti a medio e breve termine osservati nel corso di un anno, come i casi di bronchite acuta e cronica, i ricoveri ospedalieri, le crisi d'asma nei bambini.

I dati riportati in tabella 17, pur in presenza di limiti di confidenza ampi, mettono in luce come un grande numero di decessi, ricoveri ospedalieri e disturbi respiratori, siano attribuibili all'elevato livello di inquinamento dell'aria atmosferica urbana e costituiscano un importante problema di sanità pubblica.

Per esempio se in 8 città italiane il PM10 (tabella 16) fosse ridotto a 30 µg/mc si potrebbero prevenire circa 1900 ricoveri per disturbi respiratori.

Il benzene. Il benzene è classificato dalla IARC (1982), dall'UE e dall'US EPA (1979, 1985, 1998) come noto cancerogeno per l'uomo (tab. 18). Le principali sorgenti di benzene in ambito urbano, lontano da impianti industriali in cui questa sostanza è coinvolta, sono notoriamente costituite dagli scarichi dei motori a combustione a benzina. Il benzene può essere emesso sia come prodotto di combustione, sia in forma di sostanza incombusta, per evaporazione dal carburatore, dal serbatoio e da altre parti dei veicoli. Un'altra sorgente di rilievo in ambito urbano è rappresentata dalla distribuzione, dall'immagazzinamento e dalla manipolazione di carburanti contenenti benzene.

È da sottolineare che la recente normativa italiana ha portato a una notevole riduzione (circa della metà) del benzene rilasciato per evaporazione da carburatori, da serbatoi di auto, da stazioni di rifornimento di benzina. La riduzione delle concentrazioni di aromatici, anch'essa richiesta per legge, ha, a sua volta, comportato un'ulteriore riduzione dell'emissione di benzene da combustione (10 µg/mc) che risente comunque negativamente di condizioni di elevato traffico.

I dati esaminati dalla Commissione consultiva tossicologica nazionale (CCTN) nel 1994 relativi a misure effettuate in città Italiane, risultava di circa 35 µg/mc, nella prima metà degli anni novanta, in condizioni di traffico elevato e in periodo prevalentemente invernale. La media delle misure effettuate in aree residenziali, invece, risultava nell'ordine di 10-20 µg/mc. Alcune indagini più recenti effettuate nel 1996 in zone residenziali di alcune città italiane (Bologna, Bolzano, Firenze, Milano, Modena, Roma e Pavia, anno 1996) indicano medie annuali tra circa 6 µg/mc e circa 11 µg/mc. Bisogna comunque tener conto che i fattori urbanistici e le condizioni della viabilità sono determinanti per i livelli di concentrazione dell'inquinante.

Gli studi indicano un'influenza importante del cosiddetto "effetto canyon", che si verifica in strade strette con edifici molto alti ai due fianchi. La differenza, a parità di traffico e di emissione, tra le concentrazioni in una strada "canyon" e in una strada aperta è stata stimata entro un fattore 3-4, mentre la differenza tra le concentrazioni in condizioni di traffico stagnante e traffico fluido può raggiungere un fattore 2.

È anche da sottolineare che il trasporto in veicoli a benzina, la permanenza in siti di parcheggio, in siti di rifornimento di carburanti e in altri siti comparabili, può comportare un notevole impatto sull'esposizione globale individuale.

Se comunque si tiene conto delle scarse informazioni sull'inquinamento da benzene in aeree rurali a titolo di stima di massima, si può assumere un livello di esposizione medio nazionale tra i 10 µg/mc e i 15 µg/mc.

È stato chiaramente dimostrato che l'esposizione a benzene ha provocato in popolazioni lavorative un significativo incremento di leucemia, principalmente leucemia acuta non linfocitica, e altre patologie del sangue con stima di un rischio attribuibile di leucemia tra lo 0,3 e 5 per cento nell'ipotesi di un'esposizione media di 22,5 µg/mc.

Idrocarburi policiclici aromatici (IPA). Gli idrocarburi policiclici aromatici sono un'ampia classe di inquinanti ambientali, di cui oltre 100 sono stati identificati nell'aria atmosferica. Come sostanza-indice nella valutazione, viene impiegato il benzo[a]pirene (BaP), in quanto è ritenuto un buon indicatore di rischio cancerogeno per la classe degli IPA presenti in aria urbana.

L'esito sanitario più rilevante è il tumore polmonare; sono stati osservati anche eccessi di rischio per i tumori della pelle (a seguito di elevata esposizione cutanea) e della vescica.

In condizioni reali, si verifica una esposizione simultanea a miscele complesse - e variabili - di molte decine di IPA, oltre che ad altri composti potenzialmente cancerogeni: ciò non ha consentito una valutazione della cancerogenicità per l'uomo dei singoli IPA. Trattandosi di inquinanti ubiquitari, l'intera popolazione è esposta, per inalazione dell'aria ambiente in maniera continuativa e l'intensità, nelle aree urbane, è variabile nel corso dell'anno.

Le esposizioni maggiori in aria atmosferica si verificano: nelle aree urbane soggette a traffico autoveicolare intenso, nelle aree urbane ove si utilizzano carbone o legna per il riscaldamento, nelle aree residenziali intorno a impianti industriali che emettono IPA.

L'esposizione della popolazione avviene inoltre attraverso l'ingestione di alimenti e acqua. La CCTN (1996) ha stimato l'impatto sulla popolazione italiana dell'esposizione a IPA emessi dagli autoveicoli circolanti. A un'esposizione media life-time compresa tra 0,06 e 1,5

Tabella 18. Valutazione IARC (1987: 1989) della prova di cancerogenicità

	valutati	evidenza sufficiente di cancerogenicità		valutazione globale di cancerogenicità per l'uomo		
		nell'uomo	negli animali	cancerogeno (cat. 1)	probabilmente cancerogeno (cat. 2A)	possibilmente cancerogeno (cat. 2B)
singoli IPA	43	0	12	0	3	9
miscele complesse contenenti IPA	19	5	9	5	2	2
attività lavorative con esposizione anche a miscele di IPA	4	0		4	0	0

ng/mc di BaP sarebbe attribuibile, in Italia, un eccesso di casi di tumore polmonare compreso, rispettivamente, tra 110 e 2.600 nell'arco dei prossimi 75 anni (a partire dal 1996, e tenendo conto delle modifiche prevedibili nel parco autoveicolare italiano), per un numero medio di casi annui tra circa 1 e 35.

LA QUALITÀ DELL'ARIA INDOOR

Nei paesi industrializzati gran parte della popolazione trascorre una parte molto rilevante del proprio tempo (fino al 90 per cento) negli ambienti indoor, quali abitazioni, edifici pubblici e privati e mezzi di trasporto.

Per esempio su un campione di popolazione di Milano, nei giorni feriali la popolazione occupata trascorre in media il 59 per cento del tempo a casa, il 35 per cento in ufficio ed il 6 per cento nei tragitti casa-ufficio.

Sorgenti e inquinanti indoor. Le principali fonti di inquinamento indoor sono l'uomo e le sue attività, i materiali da costruzione, gli arredi, i sistemi di trattamento dell'aria. In questi ultimi decenni si sono verificati profondi mutamenti nella qualità dell'aria indoor (IAQ), con un progressivo aumento delle sostanze inquinanti. A seguito della crisi delle risorse energetiche mondiali, si sono imposti nuovi criteri tecnico-progettuali per gli edifici ad uso civile: la necessità di contenere i consumi per il riscaldamento ha imposto un migliore isolamento degli edifici, con conseguente spinta a sigillare gli ambienti interni ed un minor riciclo dell'aria con conseguente accumulo di sostanze inquinanti. Alle modifiche strutturali degli edifici si sono accompagnate modifiche rilevanti degli arredi (nuovi materiali per mobili, rivestimenti, ecc.) e degli strumenti di lavoro (crescente impiego di fotocopiatrici, videotermini, stampanti, ecc.) che tendono ad accumulare inquinanti di diverso tipo. Inoltre importanti cause di inquinamento indoor sono il fumo di sigaretta e gli impianti di condizionamento dell'aria, quando sono inadeguati e malfunzionanti. I sistemi di condizionamento dell'aria possono, inoltre, diventare terreno di coltura per muffe e altri contaminanti biologici e diffondere tali agenti in tutto l'edificio.

Il più importante inquinante fisico è un gas inerte, il radon, che emesso principalmente dal suolo e dai materiali da costruzione, si concentra nell'aria degli ambienti chiusi e qui decade producendo altri nuclidi, detti "prodotti di decadimento del radon" o "figli del radon". Di questo inquinante si parlerà diffusamente nel capitolo delle radiazioni ionizzanti, essendo il radon la principale fonte di esposizione a radiazioni ionizzanti della popolazione nel suo insieme.

Altri inquinanti di particolare rilievo sono i processi di combustione di petrolio, gas, cherosene, carbone e legno. Altre possibili fonti di inquinamento sono i prodotti per la pulizia e la manutenzione della casa, i prodotti antiparassitari e l'uso di colle, adesivi, solventi, ecc.).

Effetti sulla salute e sul comfort ambientale della qualità dell'aria indoor. Gli occupanti di ambienti confinati-non industriali, in particolare uffici, segnalano sempre più frequentemente disturbi che sono riconducibili alla permanenza all'interno di questi ambienti. Si tratta sia di effetti sulla salute, sia di effetti negativi sulle condizioni di comfort.

Alcune patologie associate o attribuite alla permanenza in edifici sono state appunto definite malattie associate agli edifici o building-related illness (BRI): malattie respiratorie, allergie, tumori, infezioni (legionellosi), febbre da umidificatori, alveolite allergica, ecc., con quadro clinico ben definito e per le quali può essere identificato uno specifico agente causale presente nell'ambiente confinato. Sono state, inoltre, segnalate sindromi diffuse, caratteriz-

Tabella 19. Principali inquinanti chimici degli ambienti confinati e loro effetti sulla salute respiratoria dei soggetti esposti

inquinante	fonti	effetti sulla salute	
		bambini	adulti
fumo di tabacco ambientale (ETS)	● fumo di tabacco	■ incremento della frequenza di sintomi respiratori cronici ■ incremento della frequenza di episodi infettivi acuti ■ iperreattività bronchiale (aumentato rischio di sviluppare patologia asmatica) ■ malattia più grave nei soggetti asmatici ■ ridotto sviluppo della funzione respiratoria ventilatoria ■ probabile aumento della frequenza di sintomi respiratori cronici ■ probabile decremento della funzione respiratoria ventilatoria	◆ probabile aumento della frequenza di sintomi respiratori cronici ◆ probabile decremento della funzione respiratoria ventilatoria
particolato totale sospeso (TPS)	● fumo di tabacco ● sistemi di riscaldamento ● inquinamento esterno ● combustione di legna	■ incremento della frequenza di sintomi respiratori cronici	◆ probabile decremento della funzione respiratoria ventilatoria
biossido di azoto (NO ₂)	● cucine a gas ● stufe a gas ● caldaie ● autoveicoli posti nelle vicinanze	■ probabile abbassamento della soglia di sensibilizzazione a vari allergeni ■ incremento della frequenza di sintomi respiratori cronici ■ in soggetti asmatici: incremento del numero di episodi broncospastici e ridotta risposta alla terapia antiasmatica	◆ incremento della frequenza di sintomi respiratori cronici ◆ incerto l'effetto sulla funzione respiratoria ventilatoria
fumo di legna	● caminetti ● stufe a legna	■ incremento della frequenza di sintomi respiratori cronici (notevole produzione di particolato)	◆ aumentato rischio per lo sviluppo di BPCO
formaldeide	● materiali da costruzione ● forniture e prodotti per la casa ● fumo di tabacco ● processi di combustione	■ possibili fenomeni broncoreattivi in soggetti asmatici	◆ possibili fenomeni broncoreattivi in soggetti asmatici

fonte: Commissione "indoor" (Dipartimento prevenzione-Ministero sanità)

zate da effetti neurosensoriali che determinano condizioni di malessere, diminuzione del comfort degli occupanti e percezione negativa della qualità dell'aria. In questo contesto la Sindrome dell'edificio malato o sick-building syndrome (SBS) viene definita come una sindrome diffusa, a eziologia non definita e con sintomatologia non specifica.

Si segnala, inoltre, un quadro patologico particolare: la Sindrome da sensibilità chimica multipla o multiple chemical sensitivity syndrome (MCS) che comprende una sindrome caratterizzata da reazioni negative dell'organismo ad agenti presenti a concentrazioni generalmente tollerate dalla maggioranza dei soggetti.

La presenza di numerosi inquinanti, in primo luogo il fumo passivo e il clima caldo-umido delle abitazioni (favorente la crescita degli acari e di funghi nella polvere domestica), contribuiscono all'aumento della incidenza e della prevalenza di patologie respiratorie croniche, come l'asma, ed all'incremento della loro evoluzione verso forme persistenti, gravi

ed invalidanti. Nella tabella 19 sono descritti gli effetti sull'apparato respiratorio in relazione ai principali inquinanti indoor. Gli studi scientifici di questi ultimi decenni hanno messo in luce che alcuni inquinanti indoor sono in grado di contribuire all'aumento di incidenza di tumori maligni: un maggior rischio di cancro al polmone è stato associato all'esposizione al fumo di tabacco ambientale (environmental tobacco smoke, ETS) e ai prodotti di decadimento del radon. Molti composti chimici presenti nell'aria indoor sono responsabili della sindrome da edificio malato" (sick building syndrome), e sebbene i sintomi siano di modesta entità, i casi di SBS che si verificano in ambienti lavorativi possono avere un costo più elevato di alcune malattie gravi e a prognosi peggiore, a causa del significativo calo della produttività.

Per quello che riguarda alcune stime dell'impatto sanitario degli inquinanti indoor in Italia la Commissione consultiva tossicologica nazionale ha stimato il rischio individuale di leucemia in Italia per esposizione a benzene con un numero di casi attribuibili compreso tra i 36 e i 190 casi all'anno.

Effetti sull'apparato respiratorio. Molti studi pubblicati hanno dimostrato una associazione tra l'esposizione al fumo passivo e un incremento della frequenza di sintomi respiratori cronici e di episodi infettivi acuti. Per esempio nei bambini i cui genitori sono fumatori è particolarmente frequente l'iperreattività bronchiale con un'incidenza significativamente aumentata rispetto a bambini i cui genitori non fumano, con il conseguente rischio di sviluppare patologia asmatica nel corso dell'infanzia.

Lo studio epidemiologico multicentrico SIDRIA (Studi italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente), realizzato per stimare la prevalenza dei problemi respiratori e delle allergie tra i bambini e gli adolescenti in Italia, ha evidenziato che il primo e più importante fattore di rischio, specie perché prevenibile, è rappresentato dall'esposizione al fumo passivo. L'indagine ha potuto stimare che il 15 per cento dei casi di asma in Italia tra i bambini e i ragazzi sono proprio attribuibili al fumo dei genitori.

Effetti cancerogeni. Recentemente sono stati pubblicati i risultati di uno studio multicentrico condotto in Europa, coordinato dalla IARC, al quale ha partecipato l'Italia con tre centri (Torino, Veneto, e Roma), che ha confermato l'aumento di rischio per l'esposizione al fumo del coniuge (OR: 1,16, 95 per cento IC: 0,93-1,44) e l'esposizione al fumo passivo in ambienti di lavoro (OR: 1,17, 95 per cento IC: 0,94-1,45).

Effetti cardiovascolari. Negli ultimi anni è stato evidenziato un effetto del fumo passivo sulla patologia coronarica. Le recenti linee guida della Organizzazione mondiale della sanità per la qualità dell'aria (air quality guidelines, WHO, 1999, in stampa) riconoscono un ruolo causale della esposizione al fumo ambientale nei riguardi della patologia coronarica con una relazione dose-effetto significativa, con rischi relativi (secondo studi britannici) di 1,23 (95 per cento IC: 1,13-1,34) in caso di esposizione al fumo di 1-19 sigarette al giorno e di 1,31 (95 per cento IC: 1,21-1,42) per esposizione a 20 o più sigarette al giorno, rispetto ai soggetti non fumatori non esposti ($p=0,006$ per trend lineare). Un trend lineare in crescita, altrettanto significativo ($p=0,01$), si osservava anche in relazione alla durata in anni dell'esposizione al fumo del coniuge.

Impatto del fumo ambientale sulla salute della popolazione. L'esposizione involontaria al fumo di sigaretta è il più importante inquinante indoor nel nostro Paese; a essa sono associati effetti diversi nella popolazione pediatrica (riduzione del peso alla nascita dei neonati, malattie respiratorie acute e croniche) e in età adulta (tumore polmonare,

Tabella 20. Casi di malattie respiratorie nei bambini e negli adolescenti, tumore polmonare e infarto del miocardio negli adulti attribuibili all'esposizione a fumo passivo in Italia per anno (Commissione "indoor", Dipartimento prevenzione-Ministero sanità)

esito	casi/anno tra i non fumatori	popolazione esposta (%)	rischio relativo	limite confidenza (95%)	casi attribuibili %	n
	(a)	(b)	(c)	(c)	(d)	(e)
bambini e adolescenti (6-14 anni)						
asma bronchiale (prevalenza)	325.629	53,0	1,21	(1,10-1,34)	10,0	32.613
sibili respiratori (incidenza annuale)	514.152	53,0	1,24	(1,17-1,31)	11,3	58.020
otite media (incidenza annuale)	491.300	53,0	1,35	(1,0-1,6)*	15,6	76.876
adulti						
<i>tumore del polmone (mortalità)</i>						
fumo del coniuge						
maschi	346	14,6	1,24	(1,13-1,36)	3,4	12
femmine	2.459	69,3	1,24	(1,13-1,36)	14,3	351
totale						362
<i>ambienti di lavoro</i>						
maschi	346	62,4	1,39	(1,15-1,68)	19,6	68
femmine	2.459	28,9	1,39	(1,15-1,68)	10,1	249
totale						317
<i>infarto del miocardio (mortalità)</i>						
fumo del coniuge						
maschi	11.638	12,0	1,25	(1,17-1,32)	2,9	338
femmine	10.837	23,7	1,25	(1,17-1,32)	5,6	607
totale						945
(a) decessi tra le persone non-fumatrici della popolazione Italiana stimati sulla base dei dati ISTAT, 1994; prevalenza e incidenza di malattie respiratorie nei bambini (dati SIDRIA, 1995).						
(b) per cento popolazione dei non-fumatori esposta a fumo passivo; dati ISTAT (1995), dati SIDRIA (1995), dati dello studio caso-controllo italiano sul tumore polmonare (Torino, Veneto, Roma)..						
(c) rischio relativo (e limiti di confidenza al 95 per cento) di morte/malattia associato all'esposizione a fumo passivo derivante da meta-analisi						
(d) per cento dei casi di decesso/malattia attribuibili ogni anno all'esposizione a fumo passivo in Italia						
(e) numero dei casi di decesso/malattia attribuibili ogni anno all'esposizione a fumo passivo in Italia; * range delle stime						

patologia coronarica, sintomi respiratori di tipo cronico). La tabella 20 illustra le stime del numero di casi di malattia, rispettivamente per i bambini/adolescenti (6-14 anni) e per gli adulti, attribuibili al fumo ambientale in Italia. In Italia il 10 per cento (pari a più di 30.000 soggetti) dei casi di asma bronchiale tra bambini ed adolescenti è attribuibile al fumo dei genitori.

Si può stimare, inoltre, che in più di 50.000 soggetti in età pediatrica si manifestano episodi di sibili respiratori a causa della esposizione al fumo di sigarette dei propri genitori e che sono attribuibili a questa esposizione più di 75.000 casi di infezioni dell'orecchio medio. Tra gli adulti è stimabile che ogni anno in Italia muoiono circa 360 persone per un tumore polmonare causato dal fumo del coniuge e più di 300 soggetti muoiono per la stessa malattia per effetto della esposizione a fumo nell'ambiente di lavoro.

L'esposizione al fumo passivo del coniuge causa poco meno di 1.000 decessi per infarto del miocardio. In tutti i casi la quota attribuibile è maggiore nel sesso femminile perché è più elevata la percentuale dei non fumatori, ovvero è maggiore la quota delle persone esposte.

Acqua

Il consumo di acqua potabile pro capite è stato usato nel passato come indicatore dello sviluppo di un paese e del grado di salute e di benessere di una popolazione.

Nel nostro Paese fino alla metà degli anni ottanta si è verificato un aumento generalizzato dei consumi di acqua, questa tendenza pare essersi stabilizzata, contrariamente alle previsioni formulate negli anni sessanta e settanta dalle quali sembrava emergere un aumento pressoché lineare dei consumi. Attualmente nei paesi sviluppati si sta assistendo a una divergenza fra crescita del benessere sociale e consumi, nel senso che il consumo di acqua risulta non solo non aumentare, semmai diminuire al crescere del PIL.

Dai dati 1998 dell'Osservatorio ambientale sulle grandi città dell'ISTAT si osserva che il valore medio dei consumi di acqua potabile si attesta intorno a 189 litri per abitante al giorno. Il valore massimo è di 275 per Torino e il minimo è di Firenze con 125 litri per abitante/giorno.

Comunque è da attendersi in futuro, a medio e lungo termine, anche per effetto di una politica tariffaria che trasferirà sul consumatore quasi per intero il costo dell'acqua, una maggiore efficienza nell'uso dell'acqua nel ciclo domestico e negli altri usi connessi alle reti urbane.

Il problema dell'irregolarità del servizio di erogazione dell'acqua potabile è evidenziato dall'indagine multiscopo sulle famiglie condotta dall'ISTAT nel 1998, secondo cui il 14 per cento delle famiglie dichiara di avere difficoltà nell'approvvigionamento.

Tale carenza si verifica "solo nel periodo estivo" per il 44,2 per cento, e "durante tutto l'anno" per il 24 per cento circa. Il fenomeno presenta un'evidente variabilità geografica: in Calabria la percentuale di famiglie che dichiara di avere delle irregolarità nell'erogazione dell'acqua è più del 45 per cento e il fenomeno si manifesta principalmente nel periodo estivo (56,4 per cento delle famiglie intervistate); in Sicilia quasi il 30 per cento delle famiglie residenti dichiara irregolarità nell'approvvigionamento e il 35,5 per cento afferma che queste si verificano durante tutto l'anno; in Sardegna il problema è avvertito durante il corso dell'anno (38,6 per cento), mentre nelle altre regioni le famiglie soggette ad irregolarità nell'approvvigionamento risultano inferiori al 20 per cento; valori più elevati si riscontrano solo in corrispondenza del periodo estivo: per esempio il 74 per cento circa delle famiglie in Basilicata e quasi il 71 per cento in Abruzzo.

Il soddisfacimento del fabbisogno di acqua potabile non è solo determinato dalla regolarità nell'approvvigionamento ma anche dalla qualità dell'acqua che viene erogata.

Il 46,5 per cento delle famiglie italiane afferma che almeno un componente del nucleo familiare non beve l'acqua del rubinetto perché non è bevibile o perché non si fida a berla; le Isole presentano valori al di sopra del dato nazionale (59,4 per cento) e in modo particolare in Sardegna (68,7 per cento); si attestano comunque su percentuali superiori al 50 per cento la Lombardia, la Toscana, l'Umbria e la Calabria.

Tra i fattori che determinano tale comportamento vi sono sicuramente le caratteristiche

organolettiche (torbidità, colore, odore, sapore) dell'acqua che esce dal rubinetto. D'altra parte l'acqua destinata al consumo umano, distribuita alla popolazione, deve rispondere ai requisiti di qualità stabiliti dal DPR 24/05/1988 numero 236. In casi definiti eccezionali vengono disposte deroghe per alcuni parametri chimici, tali decisioni sono prese in modo da escludere comunque qualsiasi rischio per la salute pubblica e per un periodo di tempo limitato. Le deroghe vigenti nel 1999-2000 si riferiscono a contaminanti chimici di origine naturale e fanno riferimento solo ad alcuni comuni di otto regioni: per la Campania il fluoro, per la Sardegna e la Toscana il magnesio, per la Lombardia e il Piemonte soprattutto il ferro e manganese e infine per la Sicilia, l'Emilia Romagna e anche la Toscana i solfati.

Anche il consumo di acqua minerale può fornire utili indicazioni circa la percezione della qualità dell'acqua potabile da parte della popolazione: il dato nazionale indica che nel 1998 la percentuale di individui con più di 14 anni che beve acqua minerale è pari al 77,6 per cento, nel 1993 tale valore era del 70,7 per cento.

Il principale fattore, diffuso, che determina la scarsa fiducia per la qualità dell'acqua erogata è la cattiva fama che in generale il servizio idrico pubblico gode presso i consumatori italiani, malgrado il servizio ricevuto e la qualità dell'acqua erogata siano generalmente buoni. A questo proposito occorre considerare che oltre il 90 per cento della popolazione italiana riceve l'acqua potabile tramite acquedotto.

Per quanto concerne l'origine dell'acqua distribuita circa l'80 per cento è sotterranea e il 20 per cento è superficiale.

Gli acquedotti che provvedono al rifornimento sono sottoposti a regolare controllo da parte della pubblica amministrazione (Aziende sanitarie locali, Presidi multinazionali di prevenzione e Aziende regionali per l'ambiente).

L'attività di verifica e vigilanza effettuata dagli organi periferici di controllo, ha messo in evidenza che, dal punto di vista microbiologico, negli anni 1996-1998 la percentuale di conformità ha oscillato tra il 94 e il 96 per cento. La normativa, attualmente ancora in vigore (236/1988), richiede la determinazione dei più classici indicatori di contaminazione fecale coliformi fecali e streptococchi, ma il recepimento della nuova direttiva europea (93/98/CEE), comporterà la modifica di tali parametri che verranno sostituiti da *Escherichia coli* ed enterococchi, parametri più validi e significativi a indicare una contaminazione di origine fecale. Attualmente non è possibile correlare i dati ricavati dai controlli della qualità dell'acqua potabile e casi di malattie idro-trasmesse. È possibile comunque sostenere che siano scomparse le patologie legate alla presenza dei tradizionali patogeni primari, quali *Salmonella*, *Shigella* e *Vibrio*, come d'altra parte si è verificato in tutti i Paesi ad alto standard igienico. Per quello che concerne l'inquinamento delle acque potabili, le attuali problematiche sono riconducibili alla presenza di pesticidi, nitrati, prodotti per la disinfezione e materiali a contatto.

Pesticidi. Dalla seconda metà del 1991 il problema della presenza dei prodotti fitosanitari nelle acque potabili è limitato solo ad alcune zone del suolo nazionale (in particolare per l'atrazina). Tuttavia se si somma la presenza dei metaboliti insieme col principio attivo originale alcune acque superano il limite di concentrazione, previsto dalla legge, per ciascuna sostanza di 0,1 µg/l, valore abbondantemente inferiore a rispetto a quelli proposti dall'OMS.

Nitrati. La presenza di nitrati nell'ambiente e quindi nelle acque è prevalentemente legata

all'uso estensivo di fertilizzanti azotati per l'agricoltura, nonché ai rifiuti azotati provenienti dagli allevamenti di animali e agli scarichi fognari urbani. Attualmente il limite di legge di 50 mg/l risulta rispettato nella totalità degli acquedotti grazie soprattutto all'individuazione di zone sensibili (cioè soggette a possibile inquinamento) in cui sono state adottate norme per la buona pratica agricola al fine di ottimizzare l'impiego dei fertilizzanti e minimizzare il loro impatto sull'ambiente.

Materiali a contatto. In questi ultimi anni ha preso sempre maggiore importanza la problematica concernente i materiali con i quali vengono realizzate le strutture e le reti di captazione, adduzione e distribuzione dell'acqua all'utenza. Per esempio, specialmente nelle vecchie abitazioni vi possono essere delle tubazioni in piombo o materiali contenenti piombo o altri metalli (come cromo e nichel) che per cessione di questi elementi possono provocare problemi igienico sanitari per la popolazione. Il problema si pone soprattutto in relazione ai diminuiti limiti di concentrazione dei suddetti elementi, previsti nella nuova direttiva (98/83/CEE). La situazione è in fase di approfondimento da parte delle varie Autorità regionali e locali poiché la situazione nazionale è alquanto variegata.

Scarichi liquidi e loro trattamento. Complessivamente in Italia circa l'80 per cento del carico inquinante di origine urbana viene raccolto nei sistemi fognari che hanno una lunghezza di circa 310.000 chilometri di cui circa il 28 per cento di tipo separato. Circa il 62 per cento del carico viene avviato agli impianti di depurazione mentre circa il 18 per cento viene rilasciato nei corpi idrici senza alcun trattamento. Il rimanente 20 per cento deriva da insediamenti civili senza fognatura (piccoli centri, nuclei isolati) ma anche da periferie urbane con fenomeni di urbanizzazione selvaggia ed abusiva. Il recepimento della direttiva 91/271/CEE, prevede che tutti gli scarichi idrici superiori a 2.000 abitanti equivalenti, siano adeguatamente trattati entro il 31 dicembre del 2005.

Acque di balneazione. Gli studi epidemiologici svolti per verificare l'accertamento del rischio correlato alla balneazione sono numerosi, ma anche contraddittori e non univoci. Attualmente la maggior parte degli studi, svolti d'altra parte in altri Paesi, dimostrano che possono essere legate alla balneazione infezioni a carattere gastroenterico e le cosiddette "water-washed diseases", infezioni correlate alla diffusione di microrganismi comunemente presenti sulla cute e sulle mucose. Diversi studi hanno anche messo in luce l'esistenza di una correlazione tra balneazione e comparsa di sindromi minori che interessano prevalentemente l'apparato gastroenterico, genito-urinario e respiratorio, la cute, le mucose dell'orecchio e dell'occhio.

La normativa italiana (470/1982), relativa al controllo delle acque di balneazione ha fissato, per gli indicatori microbiologici di contaminazione fecale, valori limite più restrittivi rispetto alla direttiva europea attualmente ancora in vigore (76/160/CEE). Inoltre, la normativa italiana considera "acque di balneazione", le acque o parti di esse, dolci, correnti o stagnanti e l'acqua di mare nelle quali la balneazione è espressamente autorizzata dalle autorità e non vietata, mentre la direttiva europea definisce come tali le acque dove la balneazione è praticata da "un congruo numero di bagnanti". In Italia quindi tutte le acque sono considerate "acque di balneazione" eccetto le zone non idonee per motivi diversi dall'inquinamento e quelle verificate non idonee per inquinamento. Questo comporta un numero di punti di campionamento controllati di gran superiore a qualsiasi altro Paese europeo.

L'osservazione dei dati raccolti negli ultimi anni durante le campagne di controllo svolte in

base al DPR 470/1982 riconosce un generale miglioramento della qualità delle acque delle zone costiere italiane

In particolare, i dati dei controlli delle acque di balneazione della stagione 1999 hanno fornito indicazioni relative a un miglioramento della qualità igienico-sanitaria delle acque con una percentuale del 67,6 per cento di costa controllata e balneabile, a fronte di 4.984,7 chilometri controllati, rispetto al 67,1 per cento riscontrato nella stagione 1996 in cui i chilometri di costa erano 4.777,9. La gran parte delle condizioni di non conformità ai valori di legge è addebitabile al superamento dei valori limite dei parametri microbiologici, la cui presenza nelle acque può essere condizionata da numerosi fattori, caratteristici del territorio considerato: quantità e qualità del contributo dell'entroterra, livelli di marea, direzione dei venti e delle correnti, moto ondoso, distanza dagli immissari, presenza di scogliere antierosione.

La riduzione della contaminazione ambientale potrà essere perseguita in gran parte attraverso un opportuno e idoneo trattamento di tutti gli scarichi, urbani e non, e mediante un'adeguata progettazione degli impianti di depurazione. Tali attività saranno rese più efficaci dal censimento degli scarichi, previsto dal decreto relativo alla tutela delle acque dall'inquinamento (DL 152/1999).

Sicurezza alimentare

Il sistema di gestione e di monitoraggio della sicurezza alimentare in Italia garantisce l'applicazione del complesso delle norme europee.

A livello centrale, il Ministero della sanità, attraverso il Dipartimento alimenti, nutrizione e sanità pubblica veterinaria (DANSPV), svolge la funzione di indirizzo, coordinamento e verifica dell'attività che si effettua in ambito locale.

Sono operativi da numerosi anni programmi nazionali di controllo dei residui di farmaci veterinari, contaminanti ambientali ed eventuale uso illecito di sostanze vietate quali quelle ad azione ormonale nonché programmi di controllo dei residui di fitofarmaci nei prodotti vegetali e di contaminazioni microbiologiche negli alimenti di origine animale.

Tale attività riguarda tutte le fasi della filiera dell'alimento, dalla produzione primaria alla commercializzazione dei prodotti (produzione, trasformazione, deposito, trasporto, vendita, somministrazione, importazione) e consistono in una o più delle seguenti operazioni: ispezione, prelievo campioni, analisi di laboratorio dei campioni prelevati, controllo dell'igiene del personale addetto, esame del materiale scritto e dei documenti di vario genere ed esame dei sistemi di verifica installati dall'impresa e dei relativi risultati.

Per i prodotti alimentari di origine animale, il controllo ufficiale viene effettuato sulla base delle direttive comunitarie recepite nell'ordinamento nazionale. Gli ambiti di intervento sono di tipo diretto sulle realtà produttive; di carattere valutativo-correttivo-validativo di sistema attraverso audit regionali per il riscontro della funzionalità del complesso di controlli territoriali, l'organizzazione, l'efficacia e l'efficienza degli interventi pianificati; di indirizzo e coordinamento, mediante l'emanazione di atti specifici (piani di monitoraggio, validazione dei manuali di settore, controlli ufficiali sulla filiera), e di provvedimenti generali per la gestione del sistema di prevenzione del rischio. Tali controlli ufficiali si inseriscono nel quadro più generale delle attività di tutela della sicurezza alimentare che comprende anche l'autocontrollo e dalla direttiva 93/43/CEE all'industria alimentare.

Il sistema d'allerta, istituito dalla direttiva 92/59/CEE recepita per quanto riguarda la sicurezza dei prodotti alimentari con il decreto legislativo numero 123 del 3 marzo 1993, ha l'obiettivo di impedire che un prodotto contaminato, che può essere causa di rischio grave e immediato per i consumatori, riscontrato come tale in un Paese comunitario o a una frontiera comunitaria e ritirato dal commercio o respinto, possa essere introdotto o rimanere in commercio in altri Paesi comunitari.

Settore alimenti di origine animale. L'igiene delle produzioni degli alimenti di origine animale è oggetto di costante attenzione attraverso interventi di tipo diversificato in relazione a differenti situazioni riscontrabili sul territorio nazionale e alle specifiche normative di settore.

Sono stati consolidati i flussi informativi in entrata per le filiere dei prodotti della pesca e dei molluschi bivalvi, con particolare riferimento alla recente operatività dei piani di sorveglianza predisposti per le zone di produzione e stabulazione, nonché del piano di vigilanza sanitaria ufficiale sulla filiera dei molluschi bivalvi.

L'utilizzo delle informazioni organizzate in provenienza dal territorio ha permesso di concretizzare una serie di interventi mirati a tutela della igienicità delle produzioni corrispondenti.

Negli ambiti non ancora completamente definibili a regime si è provveduto a un ampliamento con conseguente riorganizzazione delle informazioni afferenti, anche in riferimento alle osservazioni formulate in sede di ispezione comunitaria nel settore lattiero caseario. In tale contesto, è stato maggiormente utilizzato lo strumento del gruppo di lavoro monotematico, a predominante componente regionale, sia per la identificazione degli ambiti di interesse prioritario sia per la definizione degli interventi risolutori proponibili al territorio.

È stata inoltre considerata la necessità di una valutazione preliminare di impatto sugli attuali equilibri produttivi, con conseguente coinvolgimento delle organizzazioni del mondo della produzione e dei consumatori. Sono stati iniziati i sopralluoghi presso le strutture insistenti in ambito nazionale, espletati anche sotto forma di audit regionali, con lo scopo di condurre una indagine completa e mirata sulla ricaduta dell'informazione fornita dall'autorità centrale e sulla funzionalità organizzativa dei servizi; sono stati inoltre effettuati interventi di formazione su tutto il territorio nazionale, indirizzati ai servizi veterinari regionali e delle ASL.

È stata continuata l'attività di indirizzo e coordinamento, attraverso l'emanazione di linee guida specifiche e la predisposizione dei piani di controllo ufficiale di filiera.

Nel settore delle carni, i dati di attività del 1999 raccolti in applicazione della decisione della Commissione 98/470/CE, seppure parziali, forniscono (tabella 21) un quadro significativo dell'entità dei controlli.

L'attività svolta risulta capillare e intensa tuttavia, seppure gli stabilimenti nel complesso risultano adeguati ai requisiti strutturali e in buone condizioni di pulizia e igiene, dalle relazioni degli ispettori della Commissione europea condotte negli ultimi anni appare un'immagine poco soddisfacente riguardo alle modalità con le quali vengono svolti i controlli. In particolare appare scarsa la propensione del veterinario dell'azienda sanitaria locale a documentare le attività svolte nello stabilimento in veste di veterinario ufficiale: sovente il riscontro di inconvenienti igienico sanitari o strutturali viene segnalato solo verbalmente al responsabile dello stabilimento.

Scarti di origine animale. L'attività del settore riguarda l'eliminazione, la trasformazione

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 21. Controllo settore carni

anno 1999	macelli	laboratori di sezionamento	depositi frigoriferi
<i>numero stabilimenti sottoposti a controllo ufficiale</i>	459	697	568
<i>numero persone assegnate al controllo</i>			
veterinari	444,06	268,456	217,762
ausiliari	12,82	4,01	5,1
altro	32,58	11,15	7,88
<i>quantitativi sottoposti a controllo</i>			
<i>capi macellati</i>			
bovini adulti	1.570.433		
bovini giovani	633.767		
solipedi (equini)	134.674		
suini	6.958.593		
ovini	3.178.287		
caprini	82.913		
tonnellate di carne in entrata	6.862.800	2.916.099	30.981.615
<i>numero esami di laboratorio</i>			
ricerca residui e contaminanti	22.462	815	472
esami batteriologici	5.959	5.468	1.669
ricerca trichine e altri parassiti	6.541.350	219	129
altri esami	29.862	895	666
<i>numero controlli diversi dagli esami di laboratorio</i>			
controlli ai sensi dell'art. 12 del D.lgs 286/94	71.953	102.063	31.439
controlli ai sensi dell'articolo 3, paragrafo 1 comma 3 direttiva 89/662/CEE	1.499	1.360	648
verifiche autocontrollo	5.794	11.127	6.010
<i>risultati dei controlli sugli stabilimenti</i>			
nuovi riconoscimenti	44	21	4
sospensioni temporanee	3	4	1
revoche	4	3	1
<i>numero animali esclusi temporaneamente dalla macellazione alla visita ante mortem</i>	32.808		
<i>numero carcasse oggetto di sequestro totale all'ispezione post mortem</i>	16.711		
<i>numero tonnellate di carni sequestrate</i>	4.827	10.761	60.415

e l'immissione sul mercato di proteine derivanti dagli scarti provenienti dal settore animale. Le disposizioni legislative fanno riferimento alla direttiva 90/667/CEE. Gli impianti di trasformazione sono sotto controllo veterinario permanente e vengono periodicamente ispezionati da ispettori del Ministero della sanità e da ispettori del servizio veterinario regionale. Particolare attenzione viene data alla verifica del rispetto dei requisiti fissati dalle decisioni comunitarie ai fini della prevenzione della BSE, l'encefalopatia spongiforme bovina.

Settore nuovi alimenti e ingredienti alimentari. La materia delle biotecnologie, per la sua complessità, investe le competenze tra varie amministrazioni nazionali.

Presso il DANSPV opera la Commissione deputata alla valutazione delle notifiche e delle richieste di autorizzazione alla commercializzazione dei novel foods (Reg. CE 258/97). Per la delicatezza di tali tematiche la Commissione italiana ha sempre operato nella massima prudenza che trova giustificazione nella scarsità di dati che, in alcuni casi, accompagnano i dossiers forniti dalle ditte. Risulta necessario, infatti, eseguire studi anche a lungo termine per garantire, prima della fase commerciale, l'assenza di rischio per la salute. Ciò comporta da una parte l'incremento di studi e ricerche mirate ad approfondire la conoscenza delle conseguenze delle modificazioni genetiche degli alimenti, dall'altra l'istituzione di programmi di monitoraggio post-marketing allo scopo di rilevare eventuali effetti nocivi causati da tali alimenti. La Commissione italiana ha sempre fornito pareri sfavorevoli riguardo l'immissione in commercio dei prodotti proposti come "novel foods".

Tra i possibili rischi a carico della salute umana vanno considerati l'antibiotico-resistenza, le reazioni allergiche, i rischi tossicologici. Tra gli effetti indesiderati non va sottovalutata la possibile formazione di antinutrienti e tossine naturali, derivanti dall'introduzione di sostanze alimentari a struttura molecolare primaria modificata. L'inserimento del nuovo tratto genetico potrebbe esaltare l'azione di altri geni già presenti o inibire la capacità di espressione da parte di geni con la conseguente incapacità di manifestare i caratteri da essi codificati. Il complesso di effetti indesiderabili non è sempre rilevabile con i metodi analitici correnti e di conseguenza non sono rintracciabili dall'operatore che, ignorandone lo sviluppo, non può indagare sulla loro presenza. In quest'ultimo caso solo l'organismo potrà, attraverso sintomatologia manifesta, essere rivelatore della loro esistenza.

Le iniziative intraprese riguardano:

- il coinvolgimento degli altri dicasteri coinvolti in una valutazione più ampia e globale delle problematiche relative all'impatto ambientale e la gestione delle colture transgeniche. Quest'ultima potrà permettere di garantire, una volta superata la fase autorizzativa prevista dalla direttiva 90/220, la rintracciabilità di tali prodotti;
- la valutazione degli aspetti etici e dell'impatto socio-economico delle nuove tecnologie che, a lungo termine, hanno certamente una ricaduta sulla salute;
- informare opportunamente l'opinione pubblica predisponendo apposite pagine web;
- lo studio di un protocollo operativo per il monitoraggio pre-marketing e post-marketing dei nuovi alimenti;
- la predisposizione e l'effettuazione di un monitoraggio ai confini che permetta di venire a conoscenza dei flussi di entrata nel territorio nazionale, e del rispetto dell'etichettatura lungo la catena alimentare, dei prodotti derivati dal mais e dalla soia geneticamente modificati;
- l'attuazione del controllo ufficiale per verificare il rispetto della corretta etichettatura dei suddetti prodotti destinati al consumatore finale.

Settore prodotti fitosanitari. Il decreto del Ministro della sanità del 23 dicembre 1992 prevede un programma di attuazione dei controlli annuali dei residui di antiparassitari con l'indicazione, tra l'altro, del numero minimo e del tipo di campioni. La ripartizione dei campioni da analizzare per ogni regione e provincia autonoma è calcolata in base ai dati sul consumo e sulla produzione degli alimenti interessati. Tali controlli sono effettuati anche nei confronti di residui di antiparassitari presenti sui prodotti alimentari di importazione da Paesi terzi.

Il numero minimo di campioni da sottoporre annualmente a controllo ufficiale per la ricerca di residui di sostanze attive dei presidi sanitari è pari globalmente a 8.756. Di questi, 6.725 sono campioni di origine vegetale e 2.031 di origine animale. Essi riguardano sia la produzione in ambito regionale e della provincia autonoma sia quella di altra provenienza. Gli accertamenti analitici relativi ai residui di antiparassitari sulle diverse tipologie di campioni di origine vegetale e animale sono finalizzati alla verifica dell'osservanza dei limiti massimi rilevabili (MRL) fissati nell'ordinanza del Ministro della sanità del 18 luglio 1990 e successive modifiche. Gli accertamenti analitici sono effettuati dai laboratori pubblici del Servizio sanitario nazionale (PMP e IZS) e dalle Agenzie regionali protezione ambiente (ARPA) i quali provvedono al successivo invio dei dati al Ministero della sanità.

Per i prodotti di origine vegetale importati dai Paesi terzi, il prelievo dei campioni viene effettuato da parte degli Uffici di sanità marittima, aerea e di confine terrestre del Ministero della sanità su almeno il 3 per cento delle partite presentate per l'importazione con priorità per le partite di prodotti ortofrutticoli (frutta e ortaggi).

Per i prodotti di origine animale importati da Paesi terzi, il prelievo dei campioni viene effettuato da parte dei competenti Uffici veterinari di confine (Posti di ispezione frontiera) del Ministero della sanità su almeno l'1 per cento delle partite presentate per l'importazione.

Risultati analitici relativi all'anno 1999. Il numero totale di campioni analizzati nel corso dell'anno 1999 è stato pari a 7.802 di cui 4.003 di frutta e 3.799 di ortaggi. Dato notevolmente superiore (78,5 per cento) rispetto al programma annuale sugli ortofrutticoli previsto dal DM 23/12/1992, che prevede 4.370 campioni di frutta e ortaggi. L'indice di attività per l'anno 1999, inteso come rapporto tra numero totale di campioni analizzati per 100.000 abitanti, è risultato pari a 13,5 che ben si rapporta agli indici di attività degli altri Paesi dell'Unione Europea.

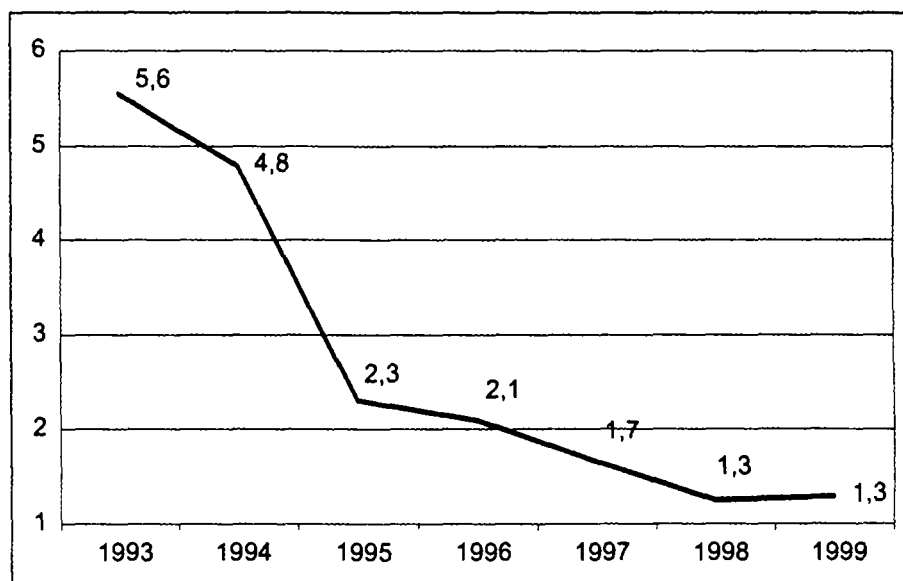
I campioni risultati non regolamentari sono stati pari a 100, registrando una percentuale di irregolarità molto contenuta, pari all'1,3 per cento e in costante decremento rispetto ai precedenti anni. I campioni di frutta irregolari sono stati 49 su 4003 (1,2 per cento) e quelli di ortaggi 51 su 3.799 (1,3 per cento) con una percentuale di irregolarità leggermente superiore sugli ortaggi.

Confrontando i dati relativi al 1999 con quelli degli anni precedenti, è evidente come la percentuale di irregolarità negli ortofrutticoli abbia subito un netto decremento nel corso degli anni, scendendo dal 5,6 per cento del 1993 al 1,3 per cento del 1999 (figura 10).

Tale risultato positivo, è attribuibile in parte alla costante revisione in senso restrittivo operata dal Ministero della sanità su alcuni impieghi ammessi, nonché a una sempre maggiore consapevolezza degli operatori agricoli nell'impiego dei prodotti fitosanitari.

C'è da sottolineare comunque come il superamento occasionale di un limite legale non comporti un pericolo per la salute, in quanto tale soglia è tossicologicamente accettabile.

Figura 10.
Percentuale
di irregolarità
nei prodotti
ortofrutticoli



le. Comunque siamo di fronte a un costante e progressivo miglioramento dal punto di vista della sicurezza dei prodotti alimentari. Relativamente al livello di esposizione della popolazione italiana con la dieta, le stime di assunzione, indicano che i residui dei singoli pesticidi ingeriti ogni giorno dal consumatore rappresentano una percentuale molto modesta dei valori delle dosi giornaliere accettabili delle singole sostanze attive e molto al di sotto del livello di guardia preso come riferimento per assicurare la qualità igienico-sanitaria degli alimenti.

Le principali azioni del Ministero della sanità in collaborazione con le autorità locali nel settore di prodotti fitosanitari, riguardano la sperimentazione di sostanze attive nuove o nuovi impieghi, il rilascio di specifica autorizzazione per gli stabilimenti di produzione, i locali di vendita, il patentino agli utilizzatori, la registrazione ministeriale dei prodotti fitosanitari, la programmazione e gestione di piani annuali di controllo per i residui negli alimenti.

Per quanto riguarda l'immissione in commercio, l'autorizzazione del prodotto fitosanitario viene rilasciata dal Ministero della sanità previa valutazione dei rischi per l'uomo, gli animali e l'ambiente, utilizzando criteri internazionali. Il prodotto fitosanitario viene classificato ed etichettato ai sensi delle direttive europee riguardanti i preparati pericolosi con adeguata comunicazione all'utilizzatore dei rischi e dei consigli di prudenza.

Per quanto riguarda la fissazione dei limiti massimi di residuo negli alimenti, essa viene effettuata previa valutazione dell'esposizione del consumatore, tramite stima dell'assunzione a lungo e anche, se necessario, a breve termine.

Settore funghi epigei freschi e conservati. La legge 23 agosto 1993 numero 352 e il successivo DPR 14 luglio 1995 numero 376 hanno disciplinato la raccolta e il commercio dei funghi epigei freschi e conservati. Inoltre è stata prevista, a tutela dei consumatori, l'istituzione nelle ASL di ispettorati micologici presso cui operano micologi con il compito di un controllo preventivo finalizzato all'accertamento della commestibilità dei funghi.

Settore dei medicinali veterinari. La sicurezza degli alimenti provenienti dagli animali trattati con i medicinali veterinari viene tutelata da specifici riferimenti normativi attuativi di direttive comunitarie recepite con Decreto legislativo 19 del 27 gennaio 1992 e Decreto legislativo n. 66 del 4 febbraio 1993.

La ricerca dei residui nelle derrate alimentari si prefigge sia di accertare la loro presenza dal punto di vista quali-quantitativo, sia di determinare, eventualmente, il tempo di sospensione che occorre rispettare per poter escludere un pericolo per la salute dell'uomo. Per ciascun medicinale viene stabilito l'eventuale tempo di sospensione, che deve tener conto dei limiti massimi residuali stabiliti in sede europea dal Regolamento numero 2377 del 1990 e successive modifiche. La fissazione del tempo di sospensione è necessaria al fine di garantire al consumatore che la presenza di residui di farmaci nelle derrate alimentari provenienti dagli animali trattati sia inferiore ai limiti previsti.

Settore alimenti per la nutrizione animale. La vigilanza sanitaria nel settore si attua sulla produzione, il commercio e l'impiego nel territorio nazionale di mangimi, singoli additivi, premiscele, mangimi integrati, premiscele medicate e mangimi medicati e viene esercitata su tutti gli operatori della filiera, quindi sui produttori (mangimisti), distributori (rivendite zootecniche e grossisti) e sugli allevatori. Nel corso delle operazioni di vigilanza, organi di controllo territoriali prelevano campioni di mangimi che vengono inviati agli Istituti zooprofilattici sperimentali per la ricerca di antibiotici, chemioterapici, additivi, ormoni, aflatossine, piombo, mercurio, fluoro, nitriti, pesticidi, altri contaminanti, per analisi batteriologiche, chimiche e ricerca di radionuclidi. Annualmente gli organismi di controllo territorialmente competenti e gli Istituti zooprofilattici sperimentali raccolgono i dati e li trasmettono alle autorità centrali.

Settore alimenti destinati ad una alimentazione particolare. I prodotti destinati a una alimentazione particolare non ancora regolamentati da normative comunitarie specifiche vengono autorizzati dal Ministero della sanità-DANSPV, attraverso il parere di una Commissione consultiva di esperti che si pronuncia anche su problematiche di carattere generale riguardanti la dietetica e la nutrizione.

Il Laboratorio alimenti dell'Istituto superiore di sanità sottopone a controllo analitico tutti i prodotti soggetti ad autorizzazione; per i prodotti non soggetti ad autorizzazione viene esaminata l'etichetta e, se necessario, la documentazione scientifica di supporto. Tutti gli stabilimenti di produzione e confezionamento degli alimenti destinati a una alimentazione particolare sono sottoposti ad autorizzazione, previo esito favorevole di un sopralluogo ispettivo.

Additivi, contaminanti e materiali a contatto. Al fine di verificare se l'assunzione degli additivi alimentari e di taluni contaminanti attraverso gli alimenti comporti o meno un superamento dell'ADI (per gli additivi) e del PTWI (per i contaminanti) sono in corso indagini da parte dell'Istituto superiore di sanità. Ciò al fine di disporre degli adeguati elementi di valutazione per verificare se si renda necessario adottare eventuali modifiche delle normative vigenti.

Sono inoltre state adottate misure limitative all'impiego degli esteri dell'acido ftalico (ftalati) nelle materie plastiche e nelle gomme utilizzate per la produzione di materiali e oggetti destinati a venire a contatto con gli alimenti o utilizzate per la fabbricazione di articoli per la puericultura. Sono stati anche intensificati i controlli estendendoli alle vernici utilizzate nei contenitori per alimenti al fine di verificare il rispetto delle limitazioni previste.

Tutela della qualità nel settore agroalimentare. La ricerca della qualità in ogni settore della filiera agroalimentare può contribuire in maniera determinante al miglioramento delle caratteristiche di igienicità dei prodotti.

L'obiettivo generale è di migliorare i processi e le modalità di commercializzazione dei prodotti agricoli che hanno un impatto sull'ambiente, attraverso una serie di interventi a livel-

lo multiregionale. Obiettivi specifici prevedono 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.

Il sistema sopra descritto, attuato in Italia ai fini della sicurezza alimentare, appare corrispondere ai criteri attualmente adottati o in corso di adozione da parte della Commissione europea. L'operatività e l'efficienza del sistema debbono essere incrementate nel tempo al fine di adeguare il livello di sicurezza alimentare e di protezione del consumatore agli indirizzi forniti dal Libro bianco della Commissione europea.

Nel settore degli alimenti che vengono consumati quotidianamente il principio di precauzione deve essere alla base della valutazione di sicurezza quando non si è in grado di escludere eventuali effetti rilevabili a lungo termine e con l'ausilio di opportuni studi epidemiologici mirati. In alcuni casi la mancanza di documentazione sufficiente e di studi condotti a lungo termine non assicura la verifica della sicurezza d'uso. In Italia il principio di precauzione ha trovato la sua applicazione con l'emanazione del DPR del 7 aprile 99 n. 128 che vieta l'uso di organismi geneticamente modificati nei prodotti destinati alla prima infanzia.

Radiazioni

Radiazioni ionizzanti. La popolazione umana è esposta a diverse sorgenti di radiazioni ionizzanti; alcune di queste sono di origine naturale, altre derivano da attività umane. Le principali fonti di esposizione sono: la presenza di radon negli ambienti chiusi (indoor), l'utilizzazione di radioisotopi o di macchine radiogene in ambito sanitario (esposizioni mediche), la presenza delle matrici ambientali di radioisotopi artificiali provenienti da impianti nucleari a seguito di incidenti.

L'esposizione alle sorgenti di origine naturale è causa della maggior parte della dose efficace ricevuta in media da ogni individuo della popolazione mondiale. Si stima che tale dose efficace, in aree a fondo naturale "normale" sia in media 2,4 mSv/anno. Il radon rappresenta la più importante fonte naturale di esposizione per la popolazione nel suo insieme. Questo gas radioattivo si disperde rapidamente nell'atmosfera mentre si concentra negli ambienti chiusi.

Radon (indoor). Le principali sorgenti di provenienza del radon indoor sono il suolo sottostante l'edificio e i materiali da costruzione. Il radon prodotto nel suolo viene spinto verso l'esterno dalla differenza di pressione o per diffusione e penetra negli edifici, tramite le molte fessure, anche piccolissime, che vi sono nelle fondamenta e si concentra nell'aria interna.

Il radon e i suoi prodotti di decadimento sono stati classificati dallo IARC (International Agency for Research on Cancer, dell'Organizzazione mondiale della sanità) nel gruppo 1 dei cancerogeni, cioè nel gruppo di sostanze per le quali vi è evidenza sufficiente di cancerogenicità sulla base di studi su esseri umani, in questo caso sulla base degli studi su coorti di minatori. Quando il radon viene inalato agisce soprattutto come trasportatore e sorgente dei suoi prodotti di decadimento.

È stata messa in luce una relazione lineare tra l'esposizione ai prodotti di decadimento del radon ed eccesso di rischio per tumore polmonare, nonché un effetto sinergico tra esposizione a radon e fumo di sigaretta, la cui entità è alquanto incerta. Eventuali effetti sanita-

ri del radon diversi dal tumore polmonare non sono sufficientemente comprovati. In Italia, l'esposizione della popolazione è stata valutata tramite un'indagine nazionale promossa e coordinata dall'Istituto superiore di sanità e dall'ANPA e realizzata negli anni 1989-1996 in collaborazione con le Regioni su un campione di oltre 5.000 abitazioni. L'indagine ha permesso di stimare la distribuzione della concentrazione di radon nelle abitazioni: il valore medio è risultato di 70-75 Bq/mc cui corrisponde, secondo una stima preliminare, un rischio individuale sull'intera vita dell'ordine di 0,5 per cento. In circa l'1 per cento di edifici è stata misurata una concentrazione di radon superiore a 400 Bq/mc e in circa il 4 per cento di esse (800.000) la concentrazione risultata superiore a 200 Bq/mc. Allo stato attuale delle conoscenze, il rischio individuale di tumore polmonare per l'intera vita, per una esposizione cronica a una concentrazione di radon di 100 Bq/m³, è stimabile in circa l'1 per cento, con un'incertezza complessiva probabilmente inferiore a un fattore 3.

In Italia a differenza di molti paesi europei, non esiste al momento una normativa specifica per la tutela della popolazione contro l'esposizione al radon nelle abitazioni. A livello comunitario, una raccomandazione del 1990, prevede l'adozione per gli edifici esistenti di un livello di riferimento di 400 Bq/mc, sopra il quale effettuare interventi correttivi e, per gli edifici da costruire, l'adozione di un livello di progettazione pari a 200 Bq/mc.

Per gli ambienti di lavoro già il Decreto legislativo 230 del 1995 aveva previsto la predisposizione di un apposito decreto attuativo contenente le condizioni ed eventuali modalità di applicazione per esposizioni al radon ed ai suoi prodotti di decadimento negli ambienti di lavoro. La più recente direttiva EURATOM 96/29 per la prima volta, recependo il contenuto della raccomandazione ICRP numero 65, pone l'obbligo per gli stati membri di predisporre un corpus normativo ad hoc per le attività lavorative nelle quali la presenza di sorgenti di radiazioni naturali conduce ad un significativo aumento dell'esposizione dei lavoratori non trascurabile dal punto di vista della radioprotezione.

La direttiva 96/29 è stata recepita con il Decreto legislativo 241 del 2000 che fornisce le norme in materia di protezione sanitaria della popolazione e dei lavoratori contro i rischi derivanti dalle radiazioni ionizzanti.

Esposizioni mediche. La radioprotezione di chi è esposto a radiazioni ionizzanti per scopi diagnostici o di trattamento medico ha costituito parte innovativa delle norme di radioprotezione sanitaria introdotte con il Decreto legislativo 230 del 1995.

Le esposizioni mediche sono una parte importante dell'esposizione della popolazione a radiazioni ionizzanti artificiali. Pertanto è significativa la sempre maggiore consapevolezza e responsabilizzazione dei medici, anche non specialisti di branche radiologiche, affinché siano evitate esposizioni non necessarie e, quando è necessario, la dose sia ottimizzata nell'ambito del sistema di assicurazione della qualità prospettato dalla direttiva CE 97/43, attuata con Decreto legislativo del 26 maggio 2000, numero 187.

Presenza di radioisotopi artificiali nelle matrici ambientali. Il monitoraggio ambientale si affianca a quello sugli alimenti e le bevande per accertare che la presenza di radioisotopi artificiali, provenienti da impianti nucleari in seguito a incidenti, si mantenga al di sotto dei limiti stabiliti con i Regolamenti EURATOM, per verificarne l'andamento nel tempo o rilevare situazioni anomale da controllare con gli opportuni interventi, ivi compresa l'esclusione dal mercato di alimenti importati, in particolare dai Paesi in cui si sono verificati incidenti nucleari.

Radiazioni non ionizzanti. Tra le radiazioni non ionizzanti particolare importanza rive-

stono le radiazioni ultraviolette naturali della luce solare oppure ottenute artificialmente, per esempio con le lampade abbronzanti.

L'accertata cancerogenicità delle radiazioni ultraviolette rende sempre più necessaria una diffusa informazione che possa indurre ad adottare opportune precauzioni nell'esporsi sia alla luce solare che a quella delle lampade. L'abbronzatura a tutti i costi può infatti costare l'elevato rischio di sviluppare tumori cutanei. Quanto alle radiazioni elettromagnetiche, il problema è molto sentito dalla popolazione a seguito dei mezzi di comunicazione di massa. Le informazioni contrastanti riflettono la cautela e l'impegno del mondo scientifico nell'approfondire la tematica al fine di pervenire a valutazioni affidabili.

Rifiuti

La legislazione italiana adottata nel 1997, che raccoglie specifiche direttive comunitarie relative ai rifiuti, ai rifiuti pericolosi, agli imballaggi e ai rifiuti degli imballaggi, si caratterizza per la centralità attribuita agli aspetti relativi alla prevenzione della produzione di rifiuti. Sono incoraggiate scelte a favore del reimpiego, riciclaggio, recupero di materia prima dai rifiuti e l'utilizzazione dei rifiuti come combustibile o come altro mezzo per produrre energia, con la conseguente riduzione dei rifiuti da avviare allo smaltimento finale.

Sulla base di piani regionali, la gestione dei rifiuti urbani e assimilati, costituita dall'insieme delle operazioni di raccolta, trasporto, recupero e smaltimento, è effettuata dai Comuni in regime di privativa.

Il sistema della raccolta differenziata concorre alla minimizzazione dei rifiuti da smaltire e favorisce le attività di recupero e riciclaggio. È previsto che i piani regionali di smaltimento incentivino tale tipo di raccolta e a partire dall'anno 2003 la raccolta differenziata minima dovrà essere pari al 35 per cento dei rifiuti urbani prodotti.

Da una recente indagine ISTAT risulta che il 31,5 per cento delle famiglie giudica la zona in cui abita problematica dal punto di vista della sporcizia nelle strade. Nel Nordest si registra una realtà più positiva rispetto ai valori nazionali (rileva il problema della sporcizia il 21,9 per cento delle famiglie), mentre più negativa è quella del Centro (39,1 per cento).

La lettura dei dati per regione sottolinea che la presenza di sporcizia nelle strade della zona di abitazione è percepita maggiormente dalle famiglie del Lazio (50,6 per cento) e della Liguria (40,4 per cento), mentre la Valle d'Aosta (17,3 per cento) e il Trentino-Alto Adige (17,3 per cento) sono le regioni che dichiarano la minore presenza del fenomeno. È soprattutto la popolazione dei comuni centro delle aree metropolitane a denunciare il problema della sporcizia (57,6 per cento delle famiglie), che è invece poco percepito nei comuni piccoli e medi.

L'ampiezza demografica del comune di residenza non costituisce una variabile che influenza l'ordine di priorità delle cause prevalenti di sporcizia nelle strade della zona di abitazione, a eccezione dei comuni centro delle aree metropolitane, nei quali la presenza di escrementi animali è ritenuta prioritaria (64,2 per cento) rispetto allo scarso servizio di pulizia delle strade (52,9 per cento). All'aumentare della dimensione demografica del comune si osserva, inoltre, una maggiore propensione a ritenere che la causa principale di sporcizia sia l'abitudine della gente a gettare carte e rifiuti per terra. Per quanto riguarda la raccolta differenziata, si osserva che la presenza di contenitori nella zona di abitazione varia fortemente in relazione al tipo di rifiuto considerato. A livello nazionale quelli più diffusi sono i con-

tenitori per il vetro e per la carta (dichiarati presenti rispettivamente dal 69,1 per cento e dal 59,8 per cento delle famiglie), mentre meno presenti risultano i contenitori per la raccolta delle lattine di alluminio (37,6 per cento), dei rifiuti organici (39,5 per cento) e delle batterie usate (41,1 per cento).

Considerando le ripartizioni geografiche, i contenitori per la raccolta differenziata sono molto presenti nel Nord (l'85,6 per cento delle famiglie del Nordovest e l'84,6 per cento delle famiglie del Nordest dichiara di avere i cassonetti per il vetro nella zona in cui vivono e il 50 per cento delle famiglie del Nordovest e il 54,3 per cento delle famiglie del Nordest quelli per le lattine di alluminio) e progressivamente meno presenti man mano che ci si sposta al Meridione; nelle Isole si registra la minor presenza di cassonetti per la raccolta differenziata (dichiarano la presenza di contenitori per il vetro il 31,6 per cento delle famiglie e per le lattine di alluminio il 13,8 per cento). I comuni centro delle aree metropolitane sono quelli in cui si registra la maggiore presenza di contenitori per la raccolta differenziata.

Analizzando l'accessibilità al servizio di raccolta differenziata, emerge complessivamente che i contenitori maggiormente presenti e facilmente raggiungibili sono quelli per il vetro (il 52,7 per cento delle famiglie dichiara che sono presenti nella zona di abitazione e facilmente raggiungibili); seguono, nell'ordine, i contenitori per la carta (46,1 per cento), per la plastica (37,3 per cento), per i rifiuti organici (34,2 per cento), per i farmaci (30,7 per cento), per le lattine di alluminio (26,9 per cento) e per le batterie usate (25,8 per cento).

La pratica della raccolta differenziata è molto più diffusa nel Nord rispetto al resto del Paese.

Smaltimento in discarica. Malgrado il progressivo affermarsi di nuove tecnologie (incenerimento, compostaggio), la discarica rimane il sistema più diffuso di smaltimento dei rifiuti. Essa pur costituendo il metodo più semplice e antico di smaltimento dei rifiuti, è stata sempre malvista dagli abitanti perché è stata sempre causa di inconvenienti ambientali e igienici (cattivi odori, proliferazione di mosche e topi, incendi). Tuttavia la discarica controllata, se ben condotta, non presenta particolari inconvenienti, purché sia ubicata in un idoneo sito e sia dotata di tutti quegli accorgimenti atti ad evitare i possibili pericoli di inquinamento in via diretta ed indiretta. Infatti le discariche, al fine di limitare al massimo il potenziale impatto sulla qualità delle acque profonde, debbono essere dotate di presidi tecnologici adeguati. Le emissioni provenienti da una discarica possono interessare anche il comparto aria e i tre principali inquinanti atmosferici emessi sono: ossidi di zolfo, ossidi di azoto e composti organici volatili (COV).

Smaltimento in impianti di incenerimento. Gli inquinanti più comunemente emessi in atmosfera, attraverso lo smaltimento dei RSU in impianti di incenerimento, sono: metalli pesanti (Pb, Cd, Hg) ossidi di carbonio, di azoto e di zolfo; idrocarburi policiclici aromatici (IPA); acido cloridrico (HCl); idrocarburi alifatici e aromatici a basso peso molecolare e le policlorodibenzodiossine e policlorodibenzo-furani (PCDD e PCDF) (diossine).

Peraltro l'emissione di inquinanti è strettamente correlabile al tipo di tecnologia adottata per gli impianti di abbattimento, risultando estremamente bassa negli impianti dotati di nuove tecnologie, oggi disponibili. In conclusione, sulla base dei dati riportati fin qui relativamente alle emissioni di inquinanti si può affermare che mentre per un impianto di incenerimento è possibile controllare le emissioni, poiché dipendono fondamentalmente da fattori ingegneristici sui quali si può in qualunque momento intervenire, per le discariche il

problema è molto più complesso, in quanto i processi chimici, biologici e fisici si svolgono in modo incontrollato.

Inoltre l'adeguamento tecnologico di una discarica non sempre è possibile e il fattore rischio, dovuto ad una non corretta impermeabilizzazione o scarsa durata nel tempo della stessa, è imprevedibile.

Impatto sulla salute. Per il momento è difficile valutare l'impatto sulla salute umana che possono avere i rifiuti, nelle varie fasi della loro gestione. Gli studi epidemiologici sinora condotti non permettono di stimare i rischi tra le popolazioni residenti in prossimità di impianti di trattamento/smaltimento dei rifiuti (discariche o inceneritori).

Nel caso delle discariche e dei processi di trattamento e smaltimento dei rifiuti, l'accertamento della qualità e intensità dell'esposizione e la registrazione di effetti biologici è notevolmente difficoltosa, poiché i rifiuti sono spesso miscele complesse di composti chimici, agenti fisici e biologici, e inoltre, la tossicità potenziale di ogni singolo agente può variare nel tempo e con il mezzo di trasporto. Al momento non è possibile, quindi, quantificare puntualmente il peso che il trattamento/smaltimento dei rifiuti ha sullo stato di contaminazione dei comparti ambientali, e conseguentemente il relativo impatto sulla salute umana.

La percezione della popolazione dei possibili rischi per la salute, correlati alla presenza di discariche o inceneritori di rifiuti, è particolarmente elevata nelle aree in vicinanza degli impianti. Ciò contrasta con i risultati degli studi epidemiologici attualmente disponibili e condotti per la maggior parte nel Nord America. In generale disturbi, come cattivo odore e rumore, sembrano essere i problemi di cui maggiormente risentono le popolazioni residenti in vicinanza di impianti di smaltimento/trattamento dei rifiuti.

Fino a oggi, inoltre, sono stati realizzati pochi studi analitici (di tipo caso-controllo o di coorte) su popolazioni esposte a rifiuti tossici. La maggior parte degli studi disponibili, su gruppi esposti per ragioni professionali o residenziali, sono di piccole dimensioni e dunque soggetti a fornire risultati inconsistenti. Si sottolinea, infine, che l'esposizione ai rifiuti è solo raramente diretta, e in questo caso riguarda prevalentemente gli addetti alle varie fasi dello smaltimento.

Nella quasi totalità dei casi, essa è di tipo indiretto e cioè avviene attraverso fenomeni di rilascio di inquinanti nel suolo, nelle acque superficiali e profonde e nell'aria. Molto spesso è difficile individuare quale sia il contributo dovuto allo smaltimento dei rifiuti, in uno specifico fenomeno di contaminazione di un comparto ambientale: nella maggior parte dei casi la contaminazione è dovuta a un livello di inquinamento diffuso, provocato da un insieme di fattori, che possono agire sia sinergicamente sia antagonisticamente.

Rumore

Il rumore ha assunto livelli e caratteristiche tali da indurre nelle famiglie percezioni e opinioni abbastanza precise. Sebbene in diminuzione negli ultimi tre anni, la percentuale di famiglie che dichiarano la presenza di molto o abbastanza rumore nella zona di abitazione è sempre elevata e pari al 34,7 per cento.

L'analisi dei dati per ampiezza demografica del comune mette in risalto come il problema sia peculiare delle grandi città: a fronte, infatti, di una percentuale di famiglie che denunciano il problema pari a 49 per cento per cento nei comuni centro delle aree metropolitane,

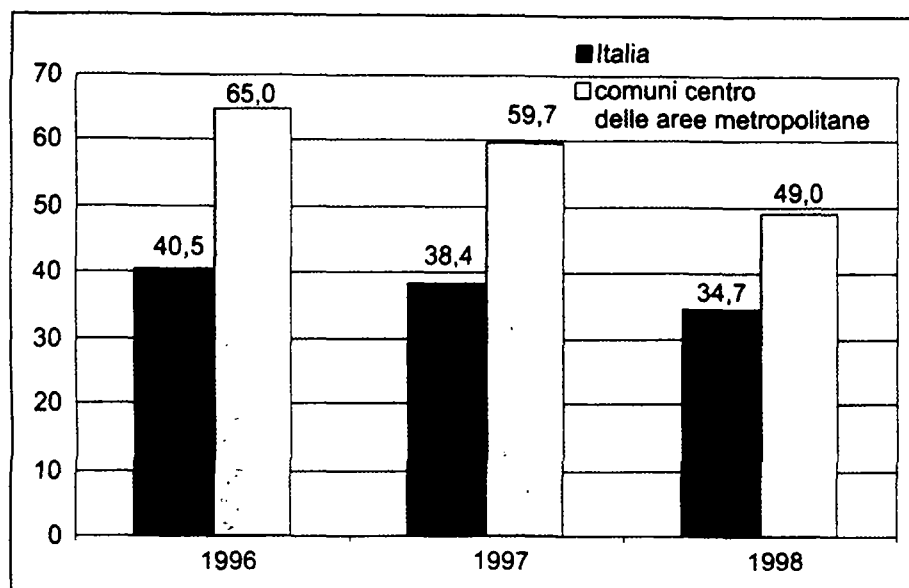


Figura 11.
Percentuali
di abitanti che
dichiara di avvertire
il problema
del rumore

si riscontra una percentuale pari a 10,8 per cento nei piccoli comuni. È comunque nei grandi centri che si verifica, nel corso degli ultimi tre anni, il miglioramento più evidente: nel 1996 la percentuale di famiglie nei comuni centro delle aree metropolitane che dichiarava il problema era pari al 65 per cento, nel 1997 scendeva al 59,7 per cento fino ad arrivare nel 1998 al 49 per cento (figura 11).

Considerando i dati per ripartizione geografica, la situazione più critica si registra nel Nordovest (la percentuale di famiglie che dichiara il problema è pari al 37,3 per cento) e nelle Isole (36 per cento). Il Lazio (39,3 per cento) e la Lombardia (39,2 per cento) risultano le regioni più rumorose, mentre le più tranquille sono il Molise (18,8 per cento) e la Valle d'Aosta (23,1 per cento).

Se intervistate sulle cause dell'inquinamento acustico, le famiglie che dichiarano la presenza di molto o abbastanza rumore nella zona di abitazione ritengono che la causa prevalente sia il traffico stradale (quasi l'86 per cento), la percentuale raggiunge l'87,5 per cento nel Sud e nelle isole e l'89,7 per cento nei comuni centro dell'area metropolitana (tabella 22).

Il Lazio e la Campania sono le regioni in cui è maggiore la percentuale di famiglie che dichiara la presenza di molto o abbastanza rumore e che ritiene che il traffico stradale ne sia la causa prevalente (88,3 per cento e 90 per cento rispettivamente).

Nell'emissione di rumori derivanti dal traffico stradale un ruolo importante è giocato dall'educazione stradale degli automobilisti e, in particolare, dal loro stile di guida. A tale proposito il 41,1 per cento degli individui dichiara di non prestare mai attenzione ad evitare comportamenti di guida rumorosi (suonare il clacson o accelerare inutilmente) e tale comportamento risulta più diffuso nel Sud (45,1 per cento).

Analizzando i dati relativi alle famiglie che dichiarano di abitare in una zona molto o abbastanza rumorosa, risulta elevata la percentuale che ritiene il rumore responsabile di alcuni effetti negativi sulla salute: il 52,8 per cento delle famiglie dichiara che il rumore provochi stress.

Tale percentuale sale al 55,6 per cento nei comuni centro delle aree metropolitane.

Tra gli altri effetti negativi dell'inquinamento acustico, il 31,9 per cento delle famiglie

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 22. Famiglie che dichiarano la presenza di rumore nella zona di abitazione per cause prevalenti del rumore, ripartizione geografica e tipo di comune; anno 1998 (per 100 famiglie della stessa zona)

ripartizioni geografiche e tipi di comune	cause prevalenti del rumore (a) (b)									
	molto e abbastanza rumore	traffico stradale	negozi	vicini	passaggio treni o metropolitane	attività industriali	passanti	passaggio aerei	discoteche	altro (c)
ripartizioni geografiche										
Italia nordoccidentale	37,3	84,6	7,4	8,8	9,0	8,1	5,7	6,4	7,0	9,5
Italia nordorientale	31,0	84,4	6,3	7,3	6,7	6,7	4,7	7,6	5,6	11,2
Italia centrale	34,7	86,5	15,4	10,9	8,0	6,1	7,8	5,6	4,1	9,2
Italia meridionale	33,9	87,5	20,4	17,0	6,5	3,6	6,2	4,4	1,6	5,7
Italia insulare	36,0	87,5	15,7	16,4	2,4	5,9	6,0	2,8	3,1	10,5
Italia	34,7	85,9	12,5	11,6	7,1	6,3	6,1	5,6	4,6	9,0
tipi di comune										
comune centro dell'area metropolitana	49,0	89,7	18,1	12,6	6,7	3,4	5,8	6,7	6,1	9,4
periferia dell'area metropolitana	39,8	86,4	15,5	15,3	7,5	4,9	6,1	5,3	3,0	10,2
fino a 2000 abitanti	10,8	71,7	3,4	15,4	2,7	13,7	4,3	0,6	1,5	13,2
da 2001 a 10.000 abitanti	25,5	79,6	6,3	11,0	5,4	9,9	7,1	6,2	4,6	8,8
da 10.001 a 50.000 abitanti	34,9	85,1	10,2	10,0	8,1	7,8	4,7	5,7	4,2	7,9
50.001 abitanti e più	38,7	89,0	13,1	9,9	8,4	4,7	7,3	4,3	4,6	8,9
Italia	34,7	85,9	12,5	11,6	7,1	6,3	6,1	5,6	4,6	9,0

a) per 100 famiglie che dichiarano la presenza di molto o abbastanza rumore

b) il totale di riga può essere superiore a 100 perché sono ammesse più risposte

c) la voce "altro" comprende attività commerciali, manifestazioni musicali all'aperto, ecc

dichiara i disturbi del sonno e il 17,4 per cento il mal di testa. La preoccupazione e il fastidio dichiarati nei confronti del rumore trova riscontro anche nelle misure adottate dalle famiglie per limitarne l'entità. Il 44,7 per cento delle famiglie che sono ricorse all'installazione dei doppi vetri o delle doppie finestre dichiara infatti di averlo fatto per limitare il rumore. Questa percentuale raggiunge quasi il 51 per cento nel Nordovest, il 52 per cento in Lombardia e il 66,5 per cento nei comuni centro delle aree metropolitane.

A questi dati emerge come il rumore ambientale costituisca nel nostro Paese, al pari del resto d'Europa, una fonte di preoccupazione per i cittadini.

Riguardo i livelli di esposizione alcuni studi stimano che il 20 per cento circa della popolazione dell'Unione Europea (80 milioni di persone circa) è esposta a rumori diurni continuati in ambiente esterno, dovuti principalmente al traffico, che superano il livello di 65 dBA, considerato come un limite di tollerabilità per gli individui; mentre altri 170 milioni (oltre il 40 per cento) sono esposti a livelli di rumore compresi tra 55 e 65 dBA, considerato quale valore di attenzione per cui si possono manifestare seri disturbi nel periodo diurno.

E seppure la tendenza in ambito comunitario negli ultimi 15 anni mostri una diminuzio-

Tabella 23. Percentuale di popolazione esposta a rumore maggiore di 55 dBA di notte e di 65 dBA di giorno (fonte: ANPA)

comuni	% di popolazione >55 dBA (notte)	% di popolazione >65 dBA (di)	% di popolazione considerata rispetto al totale comunale
Arezzo	45,0	41,7	100
Bologna (a)		34,1	100
Firenze	100	55,8	100
Genova	nd	31,3	22
Livorno	93,7	84,7	25
Mestre	nd	28,6	nd
Modena	32,8	29,1	n. d.
Monza (b)	27,0	nd	100
Pisa	98,9	82,8	20
Vicenza	nd	37,0	71

a) la percentuale di popolazione è stata calcolata con riferimento al Leq D/N

b) i valori di rumore misurati per stimare la popolazione esposta si riferiscono al bordo strada

ne dei livelli di rumore più alti nelle zone più a rischio, definite "zone nere", contestualmente si è verificato un ampliamento delle zone con livelli definiti di attenzione, chiamate "zone grigie", che ha comportato un aumento della popolazione esposta e ha annullato le conseguenze benefiche del primo fenomeno.

Un'indagine svolta dall'Agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente, e relativa ai risultati di campagne di monitoraggio condotte in alcune città italiane tra gli anni 1996-1999, ha fornito la stima della quota di popolazione esposta al di sopra di 55 dBA nel periodo notturno e 65 dBA in quello diurno.

Nella tabella 23 viene indicata la percentuale di popolazione esposta a rumore maggiore di 55 dBA in periodo notturno e a 65 dBA in periodo diurno nelle 10 città italiane monitorate e l'ultima colonna fornisce la percentuale di popolazione coinvolta nello studio eseguito rispetto al totale comunale.

Se i dati vengono confrontati con i limiti di legge, in base alla classificazione acustica del territorio, si evince che queste città dovranno essere in larga parte soggette a interventi di risanamento acustico così come prevede la LQ 447/95.

Per quello che riguarda gli effetti sulla salute del rumore ambientale in relazione ai livelli d'esposizione rilevati, questi sono di tipo extrauditivo.

Diversi studi mostrano un effetto del rumore su diversi organi e apparati. Tuttavia l'aspecificità degli effetti, e la mancata correlazione tra questi e le diverse caratteristiche del rumore rendono ancora incerta l'interpretazione dei dati e un giudizio definitivo.

Attualmente gli studi documentano effetti sul sistema cardiovascolare e in particolare variazioni della frequenza cardiaca, aumento della pressione arteriosa, aumento delle resistenze vascolari periferiche, effetti sul sistema nervoso ed endocrino con meccanismi analoghi a quelli dello stress: turbe del sonno insonnia, stanchezza, cefalea, difficoltà della parola, affaticamento neurosensoriale, effetti psicologici come irritabilità, incertezza, alienazione, senso d'angoscia, effetti sulle prestazioni come difficoltà di concentrazione e disturbi della memoria.

SALUTE E MALATTIE

SPERANZA DI VITA E MORTALITÀ

Speranza di vita

I dati demografici confermano il costante incremento della vita media della popolazione, che ha caratterizzato tutto il secolo trascorso e ha portato nel 1999 la speranza di vita alla nascita a 75,8 anni per gli uomini e a 82 anni per le donne, con un guadagno di oltre un anno di vita rispetto al 1995 (figura 12).

I divari tra i sessi, seppure in lieve diminuzione, rimangono elevati: la differenza di circa 6 anni di vita a favore del sesso femminile è attribuibile ai minori livelli di mortalità delle donne alle varie età e per la maggior parte delle cause di morte. Studi recenti (1) hanno rilevato come questo differenziale sia attribuibile per il 60 per cento circa alla minore mortalità delle donne nell'ambito delle malattie cardiovascolari e dei tumori, che spiegano oltre il 70 per cento della mortalità complessiva.

Sono questi i processi morbosi in cui assumono più rilievo i comportamenti individuali e le abitudini di vita, fortemente differenziati tra due sessi. A ciò si aggiunge un ruolo positivo probabilmente legato a una diversa attenzione prestata ai problemi di salute: indagini ISTAT hanno infatti evidenziato una maggiore propensione delle donne a ricorrere alla prevenzione e ai servizi sanitari, avvantaggiandosi più degli uomini dei progressi ottenuti in questo campo. Il quadro futuro potrebbe naturalmente mutare in seguito ai cambiamenti che si manifestano nei comportamenti: la progressiva omogeneizzazione tra i sessi degli stili di vita potrebbe avvicinare i due livelli di mortalità, per cui nel lungo periodo sarebbero solo i differenziali residui, connessi alle diversità biologiche, a mantenere un gradiente uomo-donna. I dati degli anni novanta sembrerebbero far emergere questa tendenza, con un restringimento della forbice, in particolare in corrispondenza delle generazioni più giovani. Difatti, dal confronto fra speranze di vita nel 1995 e nel 1999 emerge una lieve riduzione del divario tra i sessi fino a 45 anni, mentre nelle età successive, in particolare dopo i 75 anni di età, le donne continuano a guadagnare anni di vita a un ritmo più elevato degli uomini.

In generale, sia per gli uomini sia per le donne si osservano variazioni positive della speranza di vita crescenti con il crescere dell'età, testimoniando come siano soprattutto le riduzioni di mortalità degli anziani a contribuire maggiormente all'aumento della vita media. Se alla nascita la speranza di vita era aumentata dell'1,5-2 per cento nel periodo 1995-1999, l'incremento percentuale a 65 anni ammontava a quasi il 5 per cento e tra le donne ultrasettantacinquenni era vicino al 7 per cento. Da un punto di vista territoriale sono le persone residenti nel Centro Italia a poter contare su una speranza di vita più elevata (tabella 24): in questa ripartizione geografica gli uomini godono di una vita media alla nascita pari a 76,3 anni e le donne di 82,4 anni. Tra le restanti parti d'Italia, la sopravvivenza maschile è molto simile, mentre per il sesso femminile si rileva un significativo svantaggio delle donne del Mezzogiorno.

Questo svantaggio è presente a tutte le età e tende ad accentuarsi tra le donne anziane. A

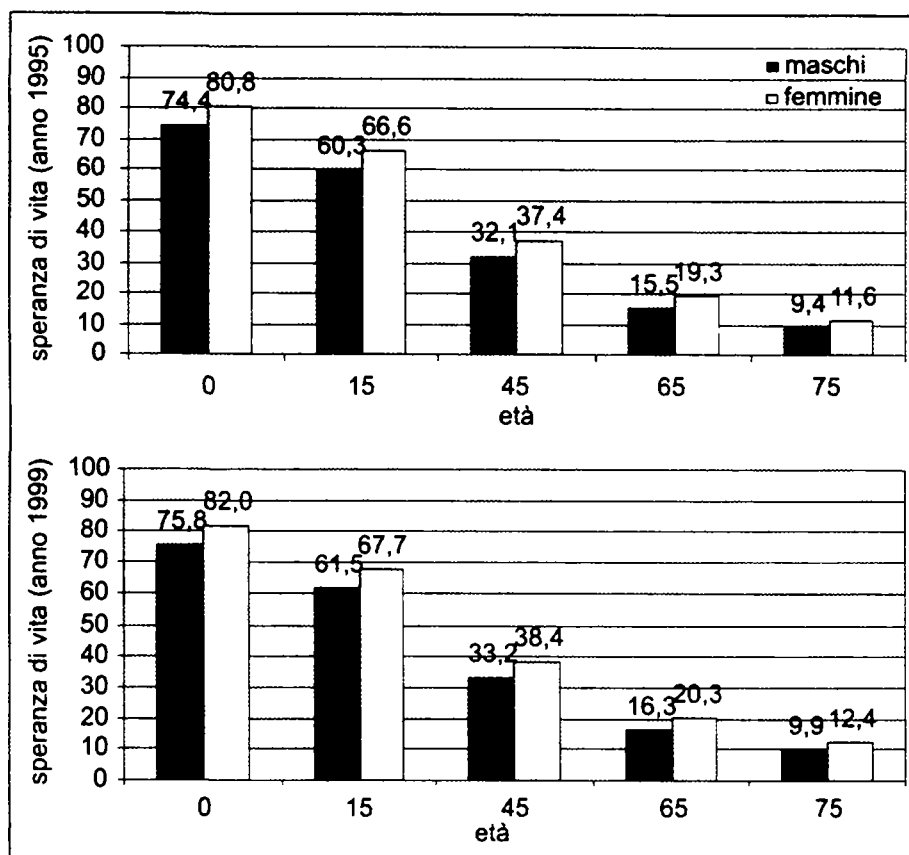


Figura 12
Speranza di vita
a diverse
età (1995, 1999)
(fonte ISTAT)

65 anni una donna meridionale può sperare di vivere in media altri 19,7 anni contro i 20,6 delle donne residenti nel Centro e nel Nord. La tendenza però è verso una progressiva omogeneizzazione territoriale: i differenziali geografici in termini di sopravvivenza tra il 1995 e il 1999 si sono ridotti grazie a incrementi più sostenuti nelle aree con speranza di vita più bassa e più contenuti nelle zone dove la vita media era già elevata. Questi andamenti interessano entrambi i sessi a tutte le età e quindi anche le donne anziane del Mezzogiorno stanno recuperando lo svantaggio mostrato rispetto alle loro coetanee del Centro e del Nord.

Mortalità generale

I progressi medici, scientifici, tecnologici, e soprattutto le migliorate condizioni di vita della

Tabella 24. Speranza di vita alla nascita e a 65 anni suddivisa per sesso e ripartizione geografica (anni 1995 e 1999)

età maschi	0		65	
ripartizioni	1995	1999 (*)	1995	1999 (*)
Nord	74,2	75,7	15,4	16,2
Centro	75,1	76,3	15,8	16,5
Sud	74,5	75,8	15,6	16,2
Italia	74,4	75,8	15,5	16,3

(*) dati provvisori

fonte: ISTAT

età femmine	0		65	
ripartizioni	1995	1999 (*)	1995	1999 (*)
Nord	81,2	82,3	19,7	20,6
Centro	81,3	82,4	19,6	20,6
Sud	80,0	81,5	18,6	19,7
Italia	80,8	82,0	19,3	20,3

Tabella 25. Tassi di mortalità infantile (per 1.000 nati vivi)* suddivisi per sesso e regione di residenza (anno 1997)

regione	maschi	femmine
Piemonte	5,4	4,6
Valle d'Aosta	7,9	4,2
Lombardia	4,6	3,4
Trentino-Alto Adige	4,2	4,5
Veneto	4,4	3,2
Friuli Venezia Giulia	3,6	2,9
Liguria	6,0	4,7
Emilia Romagna	5,0	5,0
Toscana	4,9	4,8
Umbria	7,1	3,0
Marche	6,5	5,1
Lazio	6,6	4,9
Abruzzo	4,7	6,9
Molise	4,1	5,8
Campania	6,9	6,7
Puglia	7,1	5,4
Basilicata	7,7	8,2
Calabria	8,4	4,3
Sicilia	7,8	8,0
Sardegna	5,4	6,9
Italia	6,0	5,2

* dati provvisori

fonte: ISTAT

Tabella 26. Tassi standardizzati di mortalità a 15-34 anni (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e regione di residenza (anno 1998)*

regione	maschi	femmine
Piemonte	10,7	3,4
Valle d'Aosta	10,8	3,4
Lombardia	9,0	3,2
Bolzano	9,8	2,8
Trento	10,3	3,9
Veneto	9,2	2,9
Friuli V.G.	10,8	3,1
Liguria	9,8	3,3
Emilia R.	10,4	4,3
Toscana	7,1	3,1
Umbria	8,2	4,6
Marche	7,7	2,9
Lazio	8,2	3,4
Abruzzo	8,1	2,4
Molise	7,3	3,7
Campania	8,3	2,6
Puglia	8,3	2,8
Basilicata	8,3	2,7
Calabria	7,6	3,3
Sicilia	7,5	3,2
Sardegna	10,8	3,5
Italia	8,7	3,2

* dati provvisori

fonte: ISTAT

Tabella 27. Tassi standardizzati di mortalità a 35-59 anni (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e regione di residenza (anno 1998)*

regione	maschi	femmine
Piemonte	35,4	19,1
Valle d'Aosta	44,4	18,1
Lombardia	36,8	18,6
Bolzano	33,7	14,1
Trento	36,8	17,9
Veneto	35,1	16,5
Friuli V.G.	42,4	18,0
Liguria	35,9	19,7
Emilia R.	33,9	19,3
Toscana	31,6	16,6
Umbria	30,8	17,2
Marche	30,6	16,9
Lazio	36,3	20,7
Abruzzo	32,5	16,5
Molise	40,0	19,0
Campania	40,7	21,5
Puglia	32,5	17,3
Basilicata	33,1	18,6
Calabria	33,7	18,3
Sicilia	36,2	19,2
Sardegna	41,5	18,1
Italia	35,7	18,7

* dati provvisori

fonte: ISTAT

popolazione, hanno consentito a un numero sempre maggiore di soggetti di raggiungere le età più avanzate della vita. L'evoluzione positiva della sopravvivenza si è accompagnata inoltre a una trasformazione della struttura della mortalità per età e causa: i decessi avvengono progressivamente a età sempre più elevate e la mortalità per malattie infettive è stata superata da quella legata alle malattie cronico-degenerative. Un aspetto che differenzia in modo determinante il quadro attuale rispetto a quello passato riguarda il contributo delle diverse classi di età alla diminuzione della mortalità.

Mentre nella prima metà del Novecento erano le riduzioni di mortalità nelle prime età della vita a contribuire maggiormente al calo della mortalità complessiva, nel secondo dopoguerra e fino agli anni ottanta i contributi più significativi hanno riguardato gli adulti. Negli anni novanta una peso importante è stato assunto dalle classi di età anziane e, di recente, anche dai giovani.

La mortalità nel primo anno di vita ha comunque continuato a ridursi; oggi, a fronte di circa

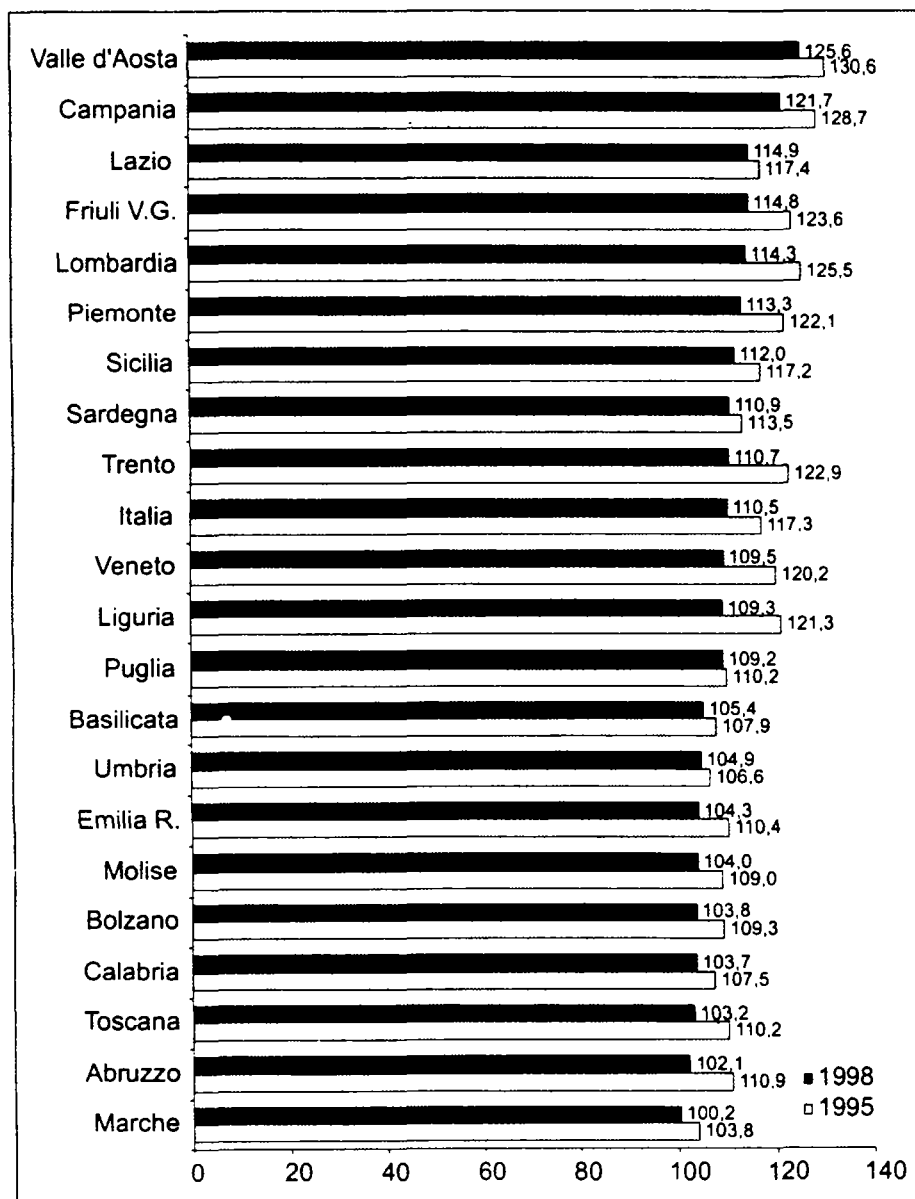


Figura 13.
Tassi standardizzati
di mortalità
(per 10.000
residenti) suddivisi
per regione
di residenza,
anni 1995 e 1998
(maschi)
(fonte ISTAT)

550.000 nascite, si registrano meno di 3.000 decessi, di cui il 55 per cento relativo ai maschi. Il decremento si è protratto anche negli ultimi anni, ma con ritmi differenziati nei due sessi: nel periodo 1995-1997 la riduzione di mortalità per i bambini è stata del 17 per cento rispetto al 4 per cento delle bambine.

Il tasso di mortalità infantile è così passato da 7,1 per mille a 6 nei primi e da 5,5 a 5,2 nelle seconde, con valori più elevati nel Mezzogiorno (rispettivamente, 7,1 e 6,6 per mille). Da un punto di vista regionale, i tassi più alti si osservano per i maschi in Calabria, Valle d'Aosta, Sicilia e Basilicata e per le femmine in Basilicata, Sicilia, Sardegna e Abruzzo. Il Friuli Venezia Giulia è la regione con i livelli più bassi in assoluto per entrambi i sessi. Ille altre età, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, il numero assoluto di decessi tende a crescere, mentre i rischi di morte sono decrescenti nel tempo.

Negli anni 1995-1998 in entrambi i sessi i tassi standardizzati si sono ridotti per il complesso dell'età (escluso il primo anno di vita) passando negli uomini da circa 118 deces-

Tabella 28. Tassi standardizzati di mortalità a 60-79 anni (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e regione di residenza (anno 1998)*

regione	maschi	femmine
Piemonte	296,1	141,6
Valle d'Aosta	328,9	148,5
Lombardia	303,1	138,8
Bolzano	249,9	118,4
Trento	260,9	120,7
Veneto	289,6	126,5
Friuli V.G.	304,0	147,9
Liguria	285,2	140,9
Emilia R.	262,4	127,5
Toscana	262,3	127,8
Umbria	270,3	129,2
Marche	249,9	118,9
Lazio	297,2	149,2
Abruzzo	260,3	129,3
Molise	258,7	139,0
Campania	329,0	175,5
Puglia	275,3	151,9
Basilicata	277,9	138,3
Calabria	269,9	150,2
Sicilia	279,9	165,1
Sardegna	286,6	136,9
Italia	286,3	142,3
* dati provvisori		
fonte: ISTAT		

Tabella 29. Tassi standardizzati di mortalità a 80 anni e oltre (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e regione di residenza (anno 1998)*

regione	maschi	femmine
Piemonte	1312,4	966,8
Valle d'Aosta	1423,3	872,7
Lombardia	1308,5	922,2
Bolzano	1303,3	850,1
Trento	1410,6	930,3
Veneto	1255,1	892,5
Friuli V.G.	1257,7	911,7
Liguria	1256,3	907,0
Emilia R.	1243,4	869,6
Toscana	1263,0	909,5
Umbria	1271,9	956,5
Marche	1242,2	933,3
Lazio	1367,6	1009,3
Abruzzo	1226,3	976,7
Molise	1217,4	946,7
Campania	1357,0	1073,7
Puglia	1352,2	1019,7
Basilicata	1222,1	1026,6
Calabria	1213,0	1020,2
Sicilia	1379,3	1140,7
Sardegna	1235,4	1010,5
Italia	1296,6	960,2
* dati provvisori		
Fonte: ISTAT		

si per diecimila residenti a 111 e nelle donne da 69 a 66 (figure 13 e 14). Il tasso standardizzato permette di analizzare i livelli di mortalità e di effettuare confronti al netto della struttura per età di una popolazione.

Nel caso specifico, la popolazione di riferimento scelta per l'analisi era quella residente in Italia alla data del censimento del 1991. Considerando la mortalità dei residenti in Italia a livello regionale, come già evidenziato per la speranza di vita, le realtà appaiono diversificate per i due sessi (figure 13 e 14). In generale, la popolazione residente nelle regioni del Centro (con l'eccezione del Lazio) presenta livelli di mortalità inferiori alla media. Inoltre, mentre negli uomini i tassi di mortalità standardizzati più elevati si registrano nel Nordovest (esclusa la Liguria), in Campania, Lazio e Friuli Venezia Giulia, per le donne è soprattutto nelle regioni meridionali e nel Lazio che si osservano i livelli di mortalità più alti.

Rispetto al 1995, in particolare per gli uomini, le differenze regionali in termini di mortalità

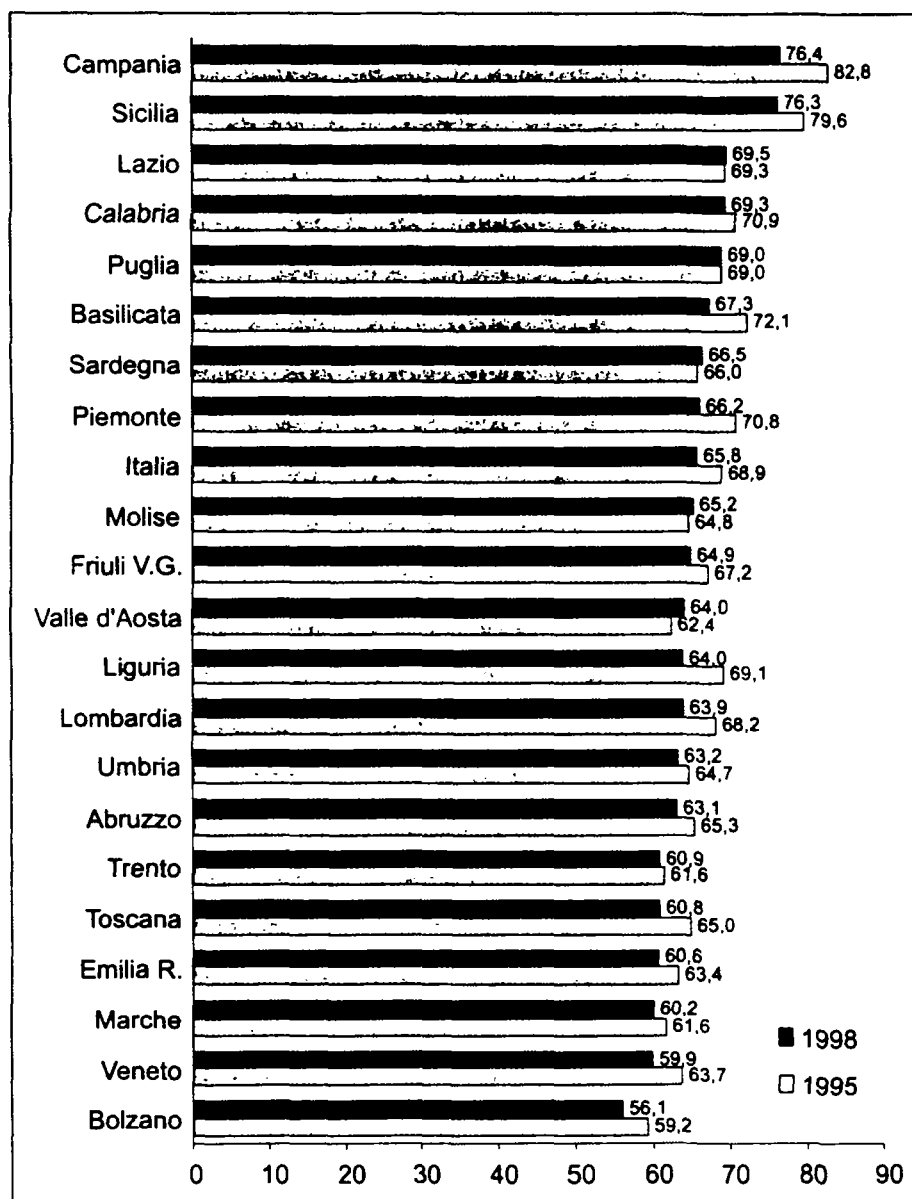


Figura 14.
Tassi standardizzati
di mortalità
(per 10.000
residenti) suddivisi
per regione
di residenza,
anni 1995 e 1998
(femmine)
(fonte ISTAT)

sembrano essersi ridotte progressivamente, grazie a una diminuzione dei tassi più consistenti nelle regioni a più alta mortalità.

Tuttavia la geografia della mortalità rimane sostanzialmente immutata. Negli anni più recenti la classe di età compresa tra 15 e 34 anni è quella che, in termini percentuali, ha fatto registrare riduzioni di mortalità più consistenti. In questa classe di età la distanza tra i sessi è massima (tabella 26): la mortalità maschile è quasi tre volte più elevata di quella femminile (i tassi di mortalità standardizzati sono rispettivamente pari a 8,7 decessi per diecimila negli uomini e 3,2 per diecimila nelle donne) per effetto di un consistente numero di decessi maschili per incidenti stradali, suicidi, tossicodipendenza e AIDS, la cui incidenza è particolarmente elevata in tutte le regioni del Nord.

Anche nella classe di età degli adulti (35-59 anni) gli uomini hanno un rischio di morte doppio rispetto alle donne (tabella 27): nel 1998 i tassi ammontavano a 35,7 per diecimila residenti per i primi e a 18,7 per le seconde. Questi valori crescono in maniera significativa per

Tabella 30. Decessi per alcune cause di morte suddivisi per sesso e classi di età (composizione percentuale) (anno 1998) (*)

cause di morte	maschi					femmine				
	classi di età					classi di età				
	totale	15-34	35-59	60-79	80+	totale	15-34	35-59	60-79	80+
malattie cardiovascolari	39,4	7,7	26,6	36,1	51,0	49,1	9,9	18,1	38,2	59,3
infarto del miocardio	7,9	1,0	10,2	9,3	5,8	5,4	0,9	3,5	6,7	5,1
disturbi circolatori dell'encefalo	10,2	1,4	4,1	8,4	15,4	15,0	3,0	5,4	11,3	18,3
tumori	32,8	9,8	40,4	41,2	21,0	24,0	24,9	56,8	36,1	13,7
tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni	9,3	0,3	12,1	13,4	3,8	2,0	1,0	4,8	3,6	0,9
tumori della mammella	-	-	-	-	-	4,1	3,3	16,7	5,9	1,7
tumori del colon, del retto e dell'ano	3,1	0,2	3,5	3,7	2,3	2,7	0,9	5,0	3,9	1,8
tumori dello stomaco	2,4	0,4	2,9	2,9	1,9	1,8	1,0	2,9	2,3	1,4
malattie dell'apparato respiratorio	7,3	1,8	2,4	6,3	10,8	5,3	2,9	2,3	4,0	6,3
malattie dell'apparato digerente	4,8	1,8	7,6	5,1	3,8	4,6	2,3	5,8	5,8	3,8
cause accidentali e violente	5,8	53,6	12,0	3,2	3,2	3,7	33,1	5,9	2,8	3,4
incidenti stradali	2,1	30,9	4,4	1,0	0,4	0,7	19,3	2,3	0,7	0,1
diabete	2,3	0,1	1,6	2,6	2,3	3,7	0,6	1,7	4,8	3,5
malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	1,9	2,4	1,6	1,9	2,0	2,4	3,8	2,3	2,6	2,2
malattie infettive e parassitarie	0,6	0,9	0,9	0,6	0,3	0,7	1,2	1,0	1,0	0,4
altre	5,0	21,9	6,9	3,0	5,6	6,6	21,2	6,0	5	7,4
totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

(*) dati provvisori

fonte. ISTAT

entrambi i sessi in Lazio, Molise, Campania e Sicilia, per gli uomini anche in Valle d'Aosta, Sardegna e Friuli Venezia Giulia e per le donne in Liguria ed Emilia Romagna.

Nelle età più avanzate della vita è significativo il declino della mortalità osservato negli ultimi anni: il tasso di mortalità standardizzato tra i 60 e i 79 anni si è ridotto in entrambi i sessi di oltre il 9 per cento, passando negli uomini da 310,7 decessi per diecimila a 280,5 e nelle donne da 153,7 a 139,7.

Queste sono anche le età che pesano in misura maggiore nel determinare i livelli di mortalità complessiva. opo i 60 anni si concentra il maggior numero di decessi, l'85 per cento di quelli maschili e il 92 per cento di quelli femminili. Più della metà dei decessi delle donne si concentra in età molto elevate (il 59 per cento avviene oltre gli 80 anni), dando luogo a un grande vantaggio femminile in termini di sopravvivenza.

Di conseguenza, in corrispondenza di queste età si riduce anche il rapporto tra i sessi: in valore assoluto si registrano quasi due decessi femminili per ogni decesso maschile, ma, considerando i tassi standardizzati, i livelli di mortalità degli uomini rimangono solo 1,4 volte più elevati di quelli delle donne.

Il profilo territoriale della mortalità degli anziani riproduce quanto già evidenziato per la

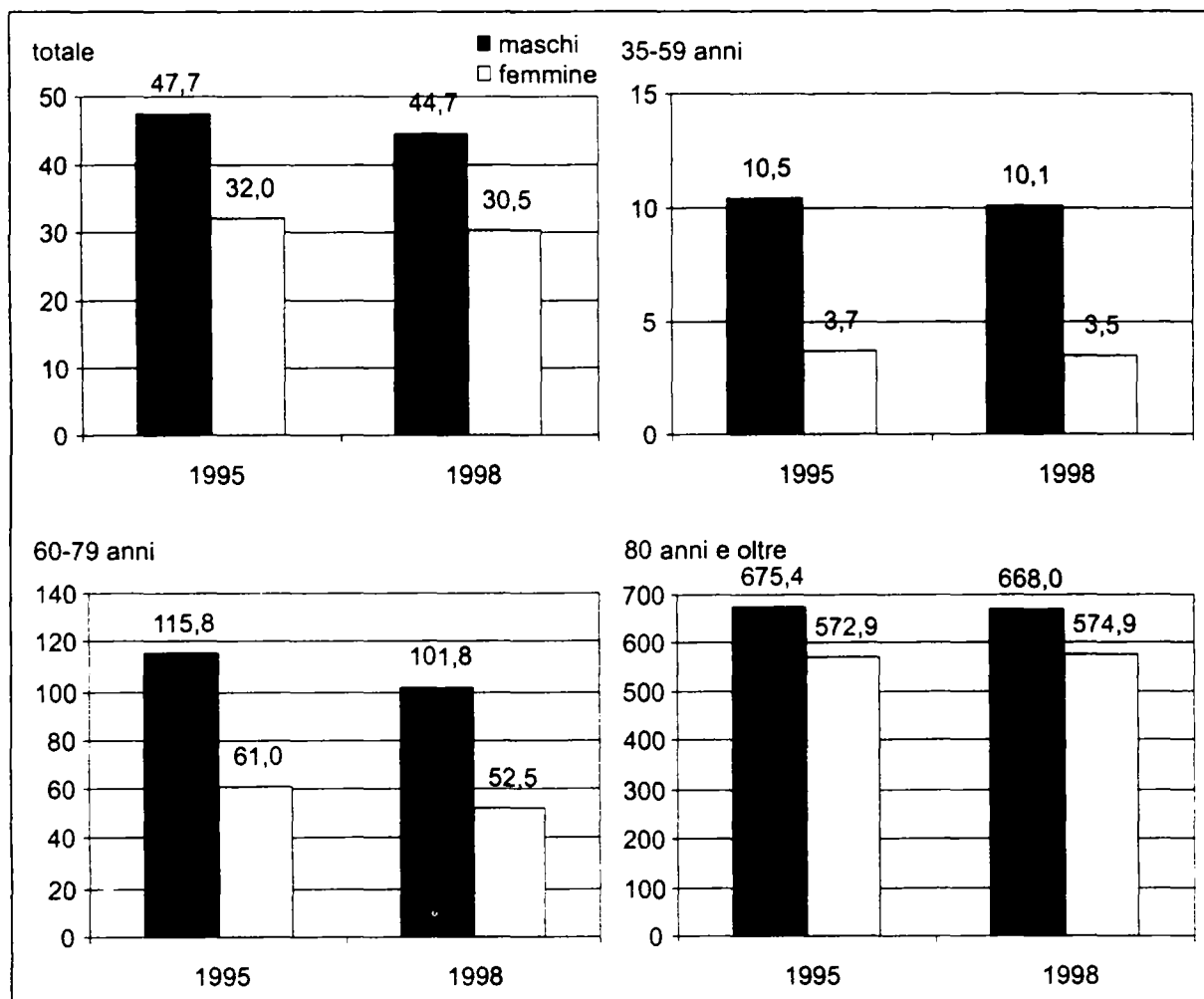


Figura 15. Tassi di mortalità standardizzati per malattie cardiovascolari (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

mortalità complessiva, con uno svantaggio per i maschi più evidente in alcune regioni settentrionali e uno svantaggio per le donne residenti nel Meridione, che si contrappongono a un vantaggio di alcune realtà del Centro Italia (tabelle 28 e 29). Vi sono inoltre alcune aree che vedono la compresenza di tassi di mortalità superiori alla media in entrambi i sessi: è il caso del Lazio e della Campania, per tutti gli anziani, della Valle d'Aosta e del Friuli Venezia Giulia, tra i 60 e i 79 anni, del Piemonte, della Basilicata e della Sicilia tra gli ultraottantenni.

Mortalità per causa

La dinamica della mortalità complessiva deriva da un'evoluzione positiva della sopravvivenza nell'ambito delle cause di morte più diffuse, prime fra tutte le malattie cardiovascolari. Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel complesso della popolazione e tra gli anziani e la seconda, dopo i tumori, negli adulti (tabella 30).

Queste patologie, già in declino negli ultimi decenni, hanno subito nel periodo 1995-1998 un'ulteriore diminuzione in entrambi i sessi (figura 15): da 47,7 a 44,7 per diecimila maschi e da 32 a 30,5 per diecimila femmine. Particolarmente evidente è l'andamento

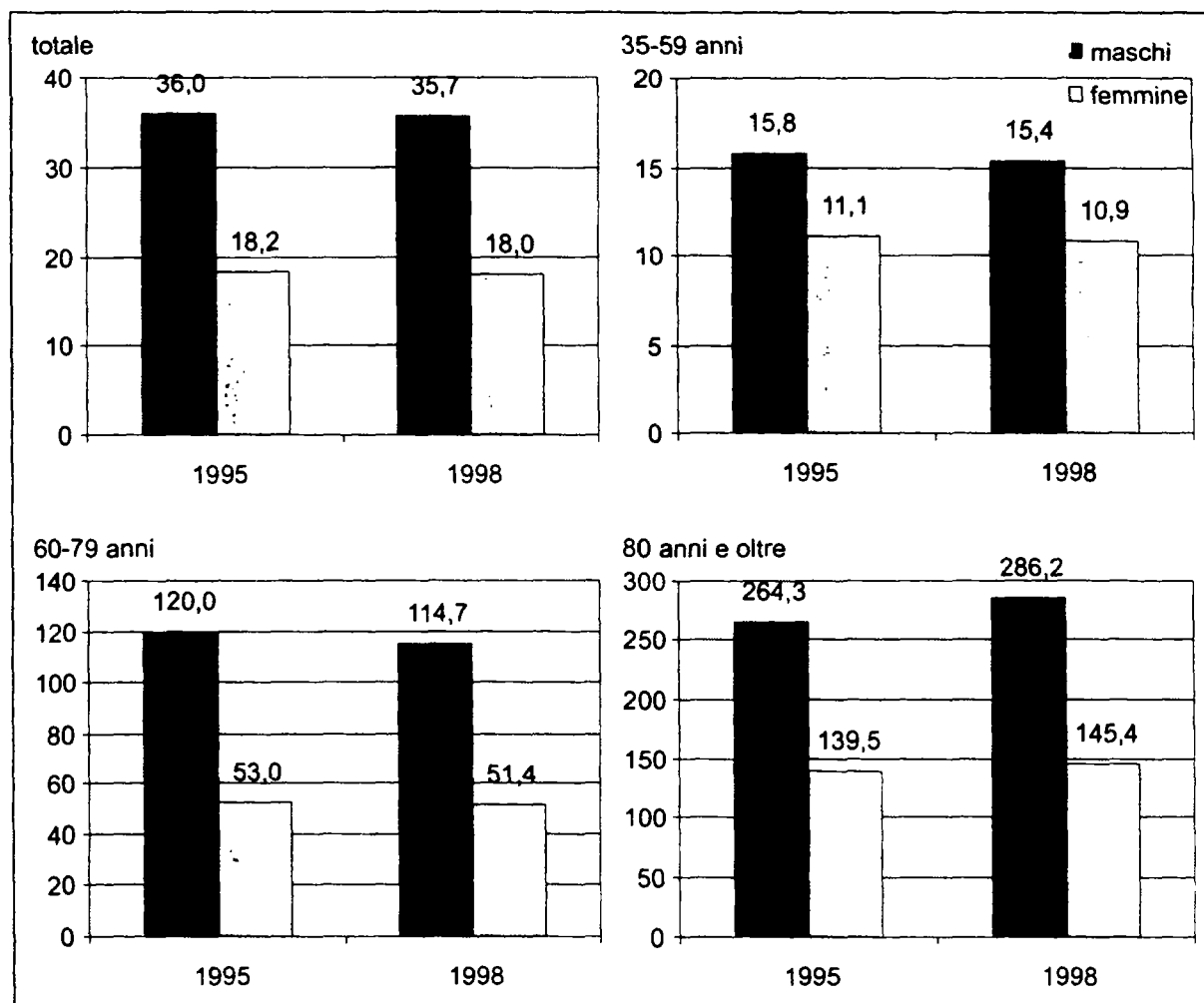


Figura 16. Tassi di mortalità standardizzati per tumori (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

positivo nella classe di età tra 60 e 79 anni, che ha visto ridurre i tassi di mortalità standardizzati del 12 per cento nei maschi (da 116 a 102) e del 14 per cento nelle femmine (da 61 a 52,5). La dinamica positiva degli ultimi decenni trova spiegazione nei progressi ottenuti sia in campo medico sia in campo preventivo. Da un lato, infatti, l'individuazione di farmaci più efficaci, l'impianto di protesi e pacemaker e l'utilizzo di tecniche chirurgiche di bypass arterioso hanno consentito di intervenire in maniera più efficace sugli effetti di queste patologie. Dall'altro, l'individuazione dei principali fattori di rischio, quali l'ipertensione, il fumo e l'eccessivo peso corporeo, hanno spinto la popolazione a modificare i propri stili di vita.

Anche i tumori maligni hanno avuto un ruolo importante nella modificazione del quadro della mortalità, ma non della stessa intensità di quello delle malattie cardiovascolari: i tassi di mortalità sono diminuiti solo dell'1 per cento.

È in ogni caso il segnale, anche se di contenuta entità, di una inversione di tendenza: infatti la percentuale di morti dovuti alle malattie tumorali sono sempre state, finora, in aumento (figura 16). Si tratta comunque di un fenomeno che al suo interno presenta variabili significative: per esempio è diminuita la mortalità nei gruppi di giovane età (in generale

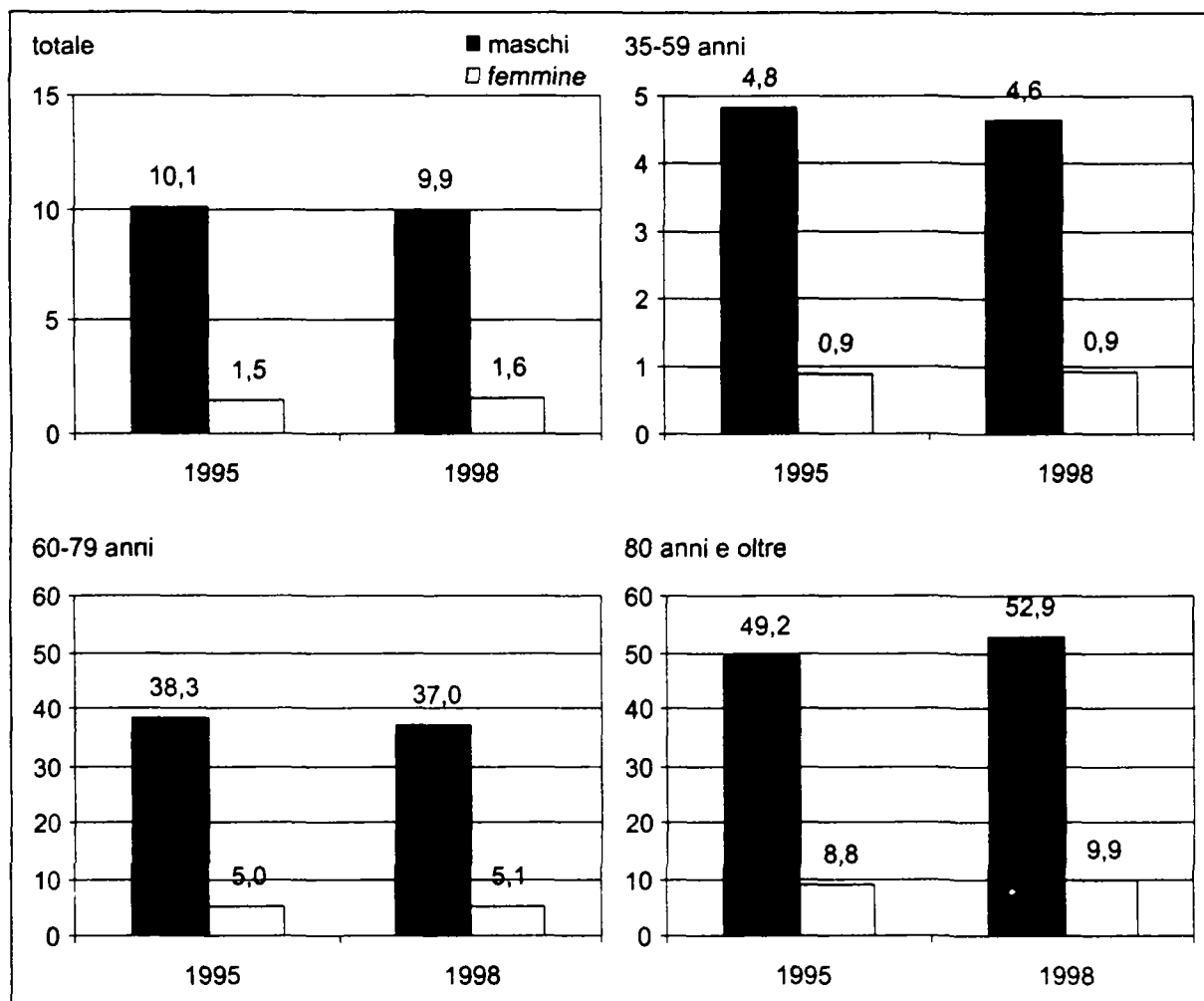


Figura 17. Tassi di mortalità standardizzati per tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

anche in quelli fino a 70 anni) ma è significativamente aumentata tra le persone più anziane (in misura più marcata tra gli uomini che tra le donne). È possibile però che in futuro la diminuzione di mortalità tra i giovani e i cosiddetti giovani anziani possa far sentire i suoi effetti anche nelle età più avanzate.

Agli aumenti dei tumori nel periodo della vecchiaia hanno concorso probabilmente le diminuzioni di mortalità per malattie cardiovascolari, che negli ultimi decenni hanno interessato tutta la popolazione. Esse hanno consentito a un numero crescente di persone di raggiungere le età più elevate, spostando in avanti l'età alla morte, e, per un effetto di sostituzione, hanno determinato un aumento della mortalità per i tumori.

I tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni rappresentano a tutt'oggi le neoplasie più frequenti tra gli uomini (figura 17). È stato più volte dimostrato come vi sia una stretta relazione tra abitudine al fumo e mortalità per questa patologia (con un ruolo marginale svolto anche dall'inquinamento ambientale). A riprova di ciò basta osservare la sovrapposibilità tra dinamica evolutiva del consumo di tabacco nella popolazione e andamento di mortalità (entrambi decrescenti negli uomini e crescenti nelle donne), seppure con uno sfasamento temporale dovuto al fatto che tale comportamento ha effetti di lungo periodo visibili solo

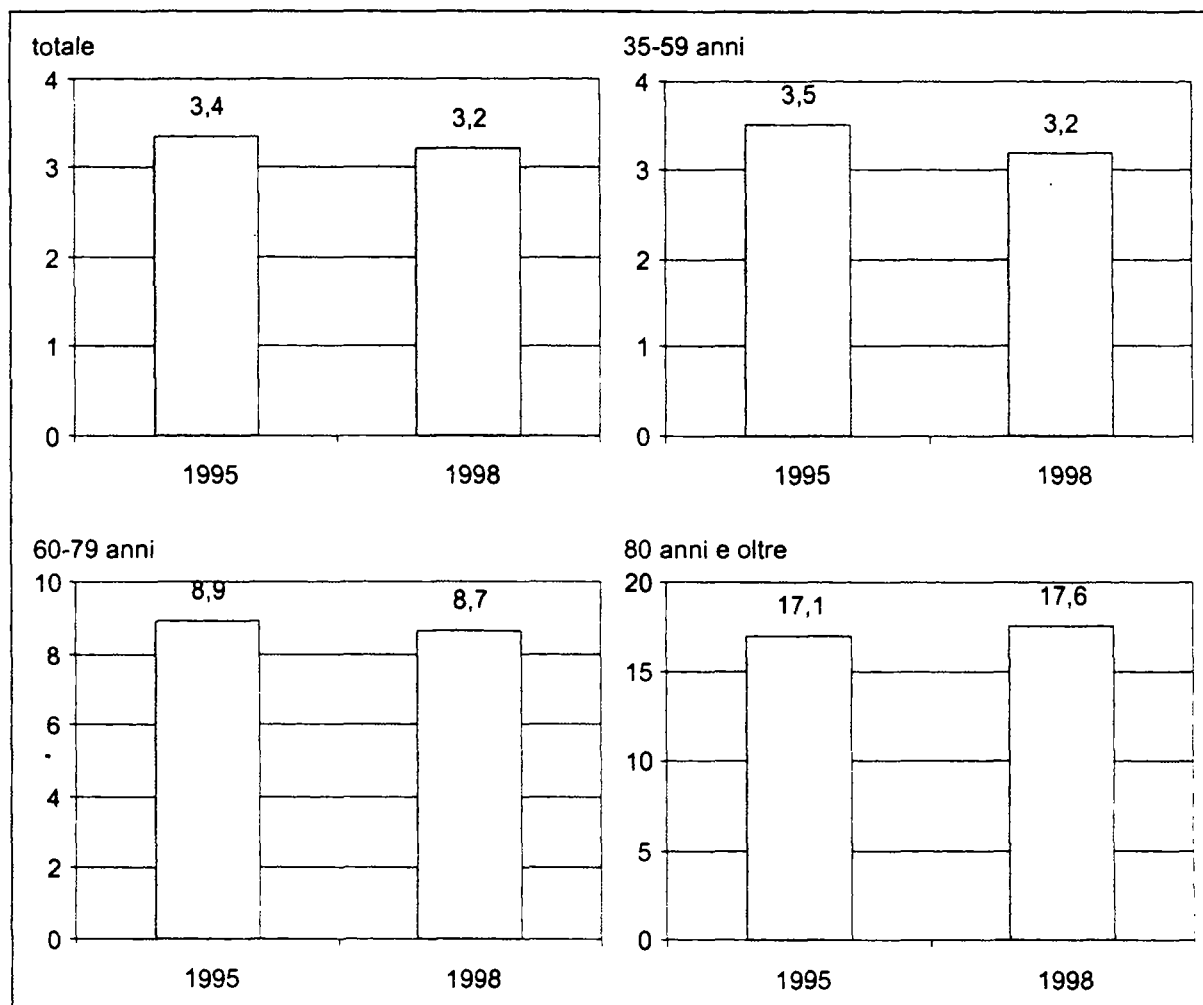


Figura 18. Tassi di mortalità standardizzati per tumori della mammella nelle donne (per 10.000 residenti) suddivisi per classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

nelle generazioni. proprio questi effetti generazionali spiegano le profonde differenze di mortalità tra i sessi, che si evidenziano sia nei livelli che negli andamenti. Nei primi anni ottanta la mortalità maschile per queste cause era circa 9 volte più elevata di quella femminile, rispecchiando la diversa proporzione di fumatori abituali nei due sessi. Alla fine degli anni novanta l'aumento del numero di fumatrici e di mortalità tra le donne dovuta a queste patologie ha portato il rapporto tra i tassi a 6,4. Nel 1998 i tassi standardizzati di mortalità si erano assestati a 9,9 decessi per diecimila maschi e 1,6 per diecimila femmine.

Analizzando le classi di età, nel periodo 1995-1998 la mortalità maschile è diminuita a tutte le età tranne che dopo gli 80 anni (+7,5 per cento), mentre quella femminile è costantemente aumentata (+4 per cento nel complesso delle età).

Nelle donne i tumori più rilevanti in termini di mortalità sono le neoplasie maligne della mammella (figura 18). I tassi standardizzati di mortalità nel periodo 1995-98 si sono ridotti del 4 per cento circa, passando da 3,4 a 3,2 decessi per diecimila donne, grazie alla diminuzione della mortalità a tutte le età eccetto che nelle ultraottantenni. Questo andamento potrebbero derivare sia dalla riduzione dei tassi di incidenza nelle coorti più giovani sia da differenze generazionali nei comportamenti. Difatti i guadagni di sopravviven-

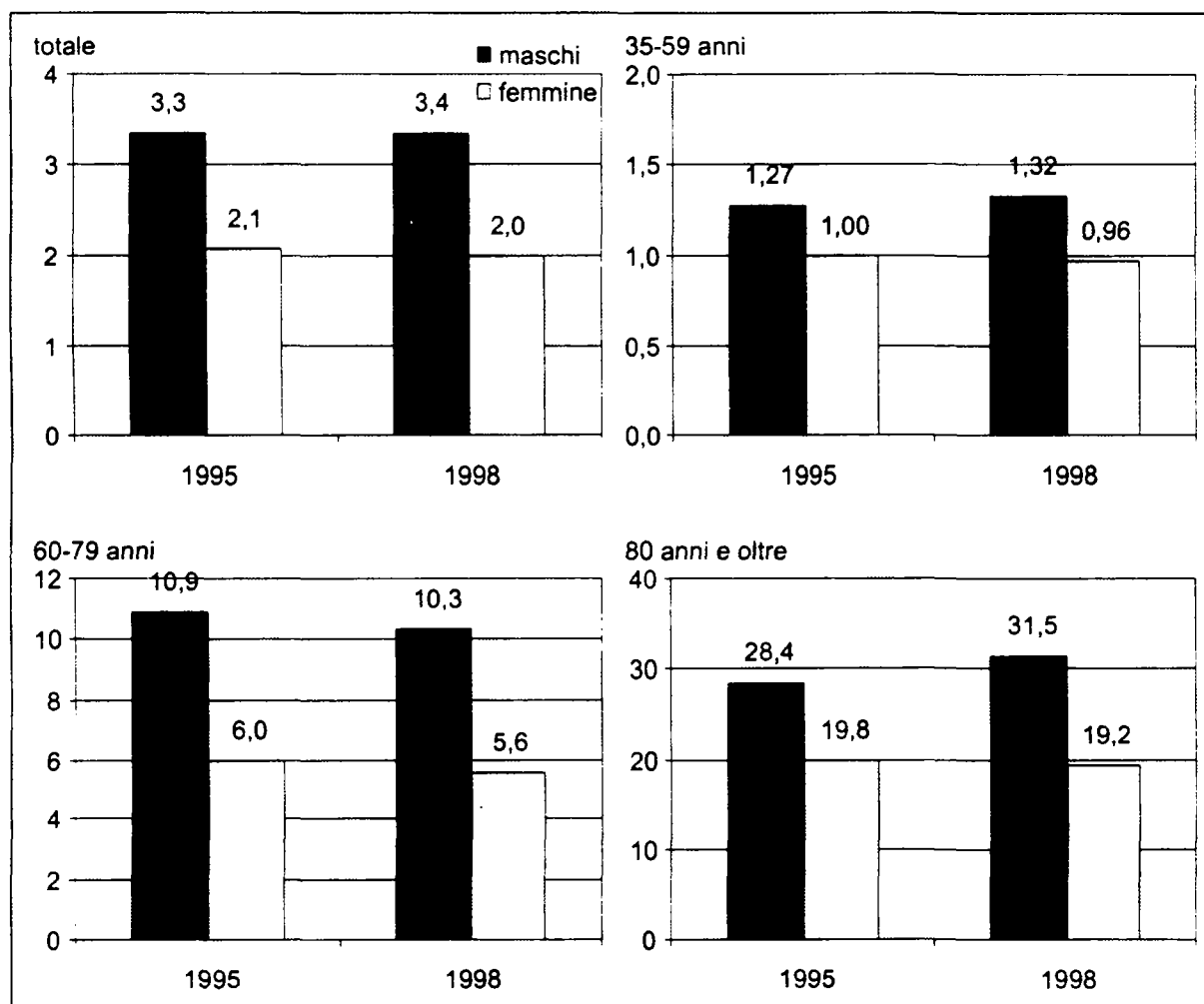


Figura 19. Tassi di mortalità standardizzati per tumori del colon, del retto e dell'ano (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

za per questo tipo di tumore sono legati al miglioramento dell'efficacia dei trattamenti medici (che interessano comunque le donne a tutte le età), ma anche alla precocità della diagnosi, che può dipendere dal ricorso alla prevenzione (controlli mammografici e ginecologici), comportamento maggiormente diffuso nelle generazioni più recenti e tra le donne più istruite.

La seconda causa di morte più frequente per neoplasia è quella dovuta ai tumori di colon retto ano che, dopo un periodo di costante aumento in tutte le classi di età, ha mostrato negli anni 1995-1998 una sostanziale stabilità negli uomini e una lieve riduzione nelle donne (figura 19). La mortalità legata a questo tipo di tumore è influenzata da fattori di rischio consistenti in una alimentazione povera in fibre e ricca in grassi e stili di vita sedentari; ma anche dalla disponibilità di diagnosi e cure tempestive e appropriate.

Il tasso di mortalità standardizzato nel 1998 si è assestato a 3,4 decessi per diecimila uomini e 2 decessi per diecimila donne. La mortalità per tumori dello stomaco è correlata alla povertà e all'alimentazione (figura 20). Nella seconda metà del Novecento la mortalità legata a queste patologie è andata riducendosi drasticamente e anche nel triennio 1995-98 ha fatto registrare, in entrambi i sessi, le diminuzioni più forti. Tuttavia il tumore dello stomaco

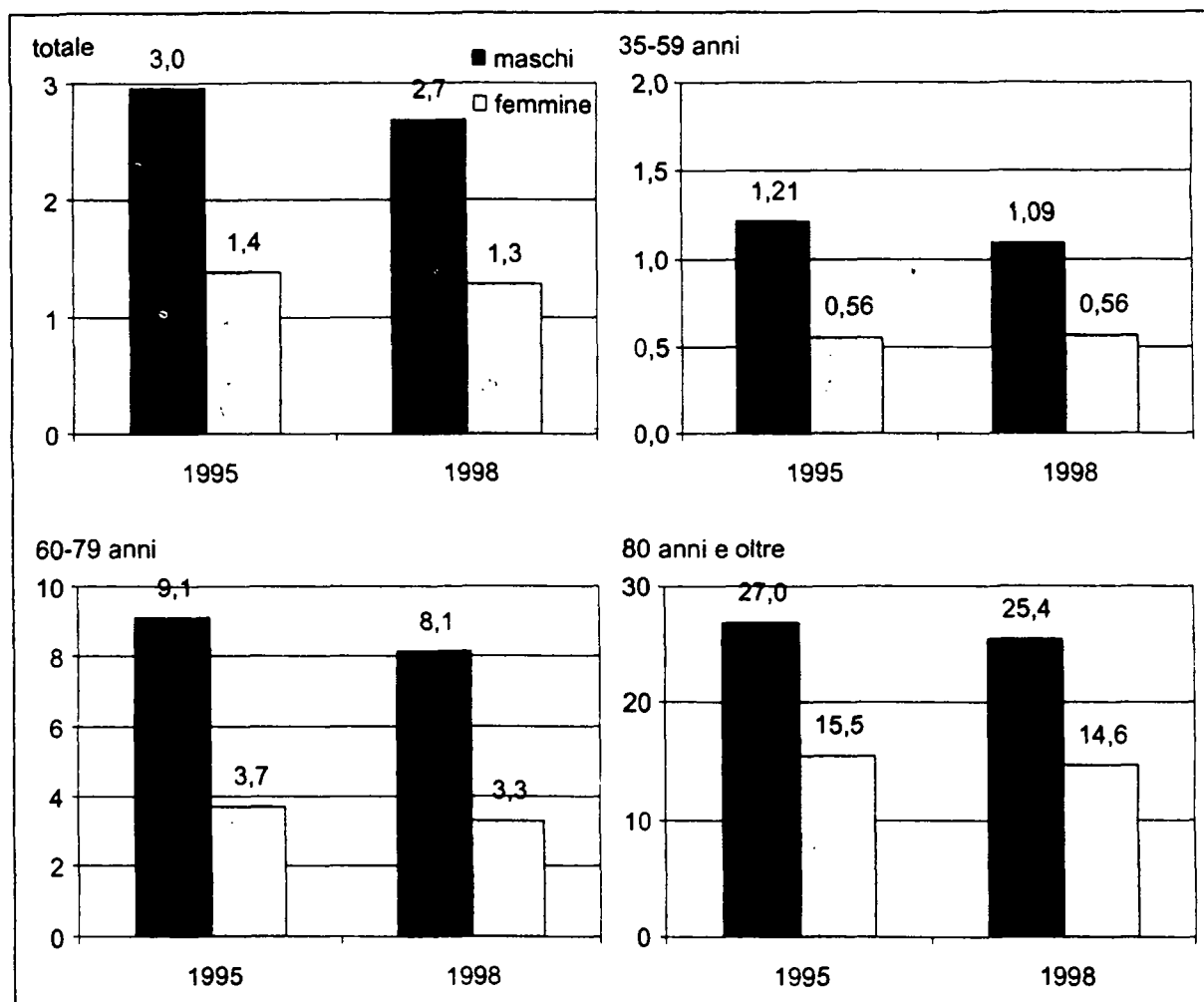


Figura 20. Tassi di mortalità standardizzati per tumori dello stomaco (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

interessa ancora una quota significativa di decessi, con tassi di mortalità pari a 2,7 per diecimila uomini e 1,3 per diecimila donne. Tali valori crescono inoltre sensibilmente nelle generazioni più anziane, che hanno condiviso le situazioni di maggior rischio legate alla povertà materiale e a condizioni inadeguate di preparazione e conservazione degli alimenti. Nell'ambito delle altre cause di morte, quelle derivanti dalle malattie dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente hanno contribuito in maniera consistente all'aumento della sopravvivenza.

Le malattie dell'apparato respiratorio, nonostante la forte diminuzione di mortalità osservata negli ultimi decenni, sono ancora oggi la terza causa di morte dopo i tumori e le malattie cardiovascolari (figura 21). Tra il 1995 e il 1998 i tassi di mortalità standardizzati si sono ridotti negli uomini passando da 9,1 a 8,5 decessi per diecimila residenti, mentre sono rimasti stabili a 3,3 nelle donne.

Fattori che hanno favorito l'evoluzione positiva di queste patologie sono quelli comuni anche alle malattie cardiovascolari: maggiore efficacia dei trattamenti terapeutici, miglioramento della qualità della vita e riduzione dell'abitudine al fumo. Quest'ultima, insieme con l'inquinamento ambientale, le epidemie influenzali, l'esposizione professionale e anche le

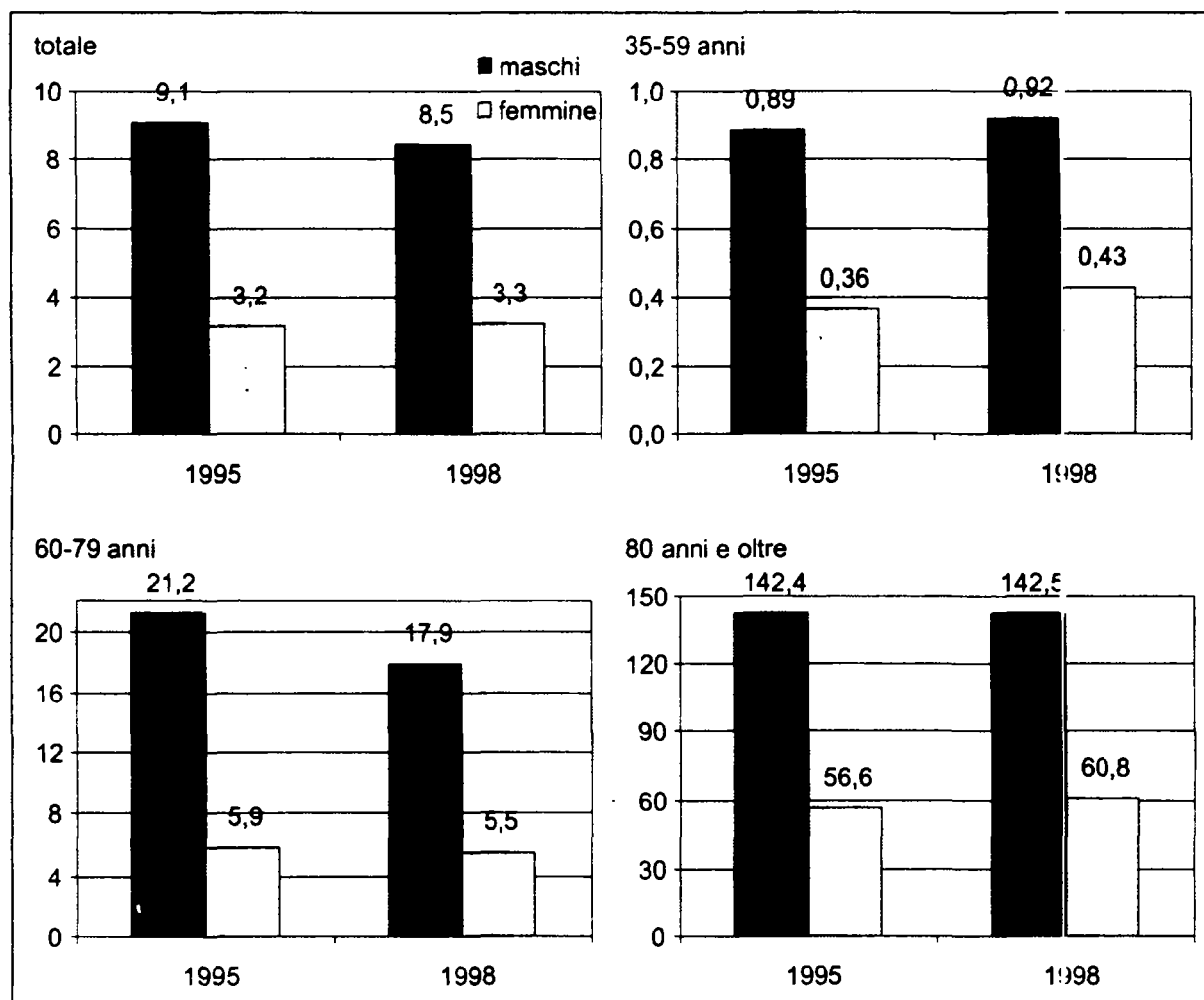


Figura 21. Tassi di mortalità standardizzati per malattie dell'apparato respiratorio (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

caratteristiche genetiche degli individui, è tra i principali elementi che possono influenzare l'insorgere delle malattie dell'apparato respiratorio.

Anche nel caso delle malattie dell'apparato digerente continua il recupero di sopravvivenza. Il rapporto tra i sessi è a svantaggio degli uomini, che presentano tassi di mortalità 1,7 volte più elevati rispetto alle donne, ma la diminuzione di mortalità risulta più evidente tra i primi: i tassi standardizzati maschili si sono ridotti del 10 per cento, assestandosi nel 1998 a 5,3 decessi per diecimila abitanti, mentre quelli femminili hanno subito una diminuzione del 4 per cento, corrispondente a un valore del tasso pari a 3,2.

Le cause accidentali e violente rappresentano la prima causa di morte tra i giovani (figura 22). L'andamento della mortalità legata a queste cause per il complesso delle età è sostanzialmente decrescente, essendo passato nel periodo 1995-1998 da 6,6 a 6,2 decessi per diecimila negli uomini e da 2,9 a 2,6 nelle donne.

Tuttavia, differenze consistenti si osservano sia nella composizione dei decessi per classi di età sia nella composizione per genere all'interno di queste. La mortalità dei giovani di sesso maschile di età compresa tra 15 e 34 anni è quella che frena in misura maggiore la riduzione di mortalità a tutte le età, essendo diminuita solo del 2,8 per cento. Ciò trova

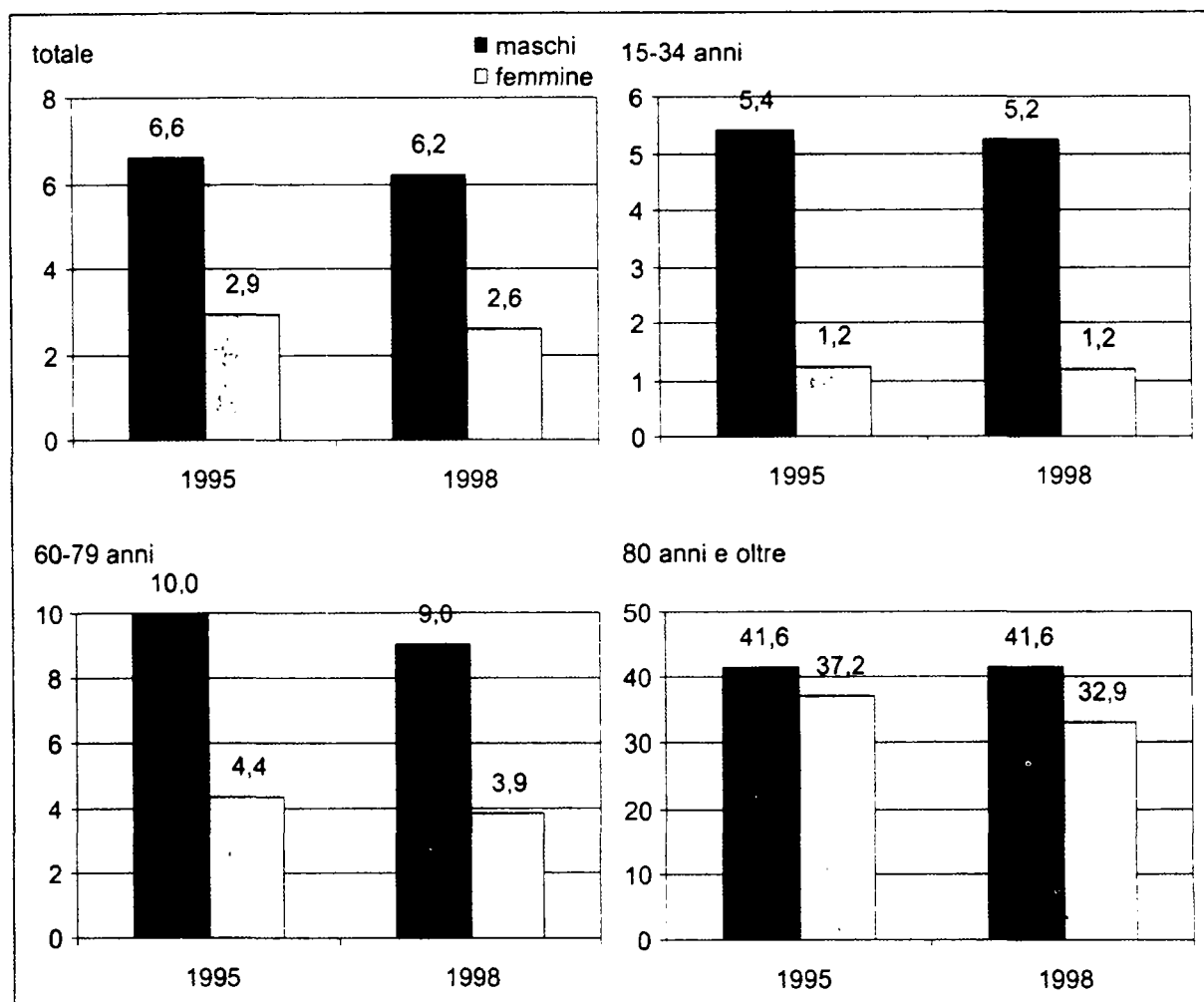


Figura 22. Tassi di mortalità standardizzati per cause accidentali e violente (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

spiegazione principalmente nei decessi per incidenti stradali da veicoli a motore, che rappresentano circa un terzo della mortalità giovanile per cause violente e i cui tassi hanno fatto registrare solo una lieve riduzione negli anni più recenti. Nelle donne le cause accidentali e violente sono fortemente concentrate in corrispondenza delle età anziane: nel 1998 i decessi di questa natura, dopo i 60 anni, rappresentavano il 92 per cento del totale. Questi differenziali per età fanno sì che il rapporto tra i sessi sia molto sfavorevole per gli uomini nella classe di età tra 15 e 34 anni (4,4) e mettono in luce il problema, rilevante in Italia, di un'elevata mortalità per incidenti stradali tra i giovani.

Il diabete risulta fortemente correlato all'obesità, che, a sua volta, può derivare da cattive abitudini alimentari, vita sedentaria, disturbi gastrointestinali, ma anche da predisposizioni genetiche. La mortalità per questa causa è più diffusa al Sud, dove è più elevata la percentuale di popolazione obesa e dove la qualità dell'assistenza al malato diabetico potrebbe essere più sfavorevole. Questa causa di morte rappresenta una delle poche eccezioni in cui i tassi femminili sono sostanzialmente uguali a quelli maschili (figura 23).

Il rapporto diviene inoltre sfavorevole per le donne nelle classi di età molto anziane: nel 1998 si sono rilevati 35,7 decessi femminili ogni diecimila donne ultraottantenni rispet-

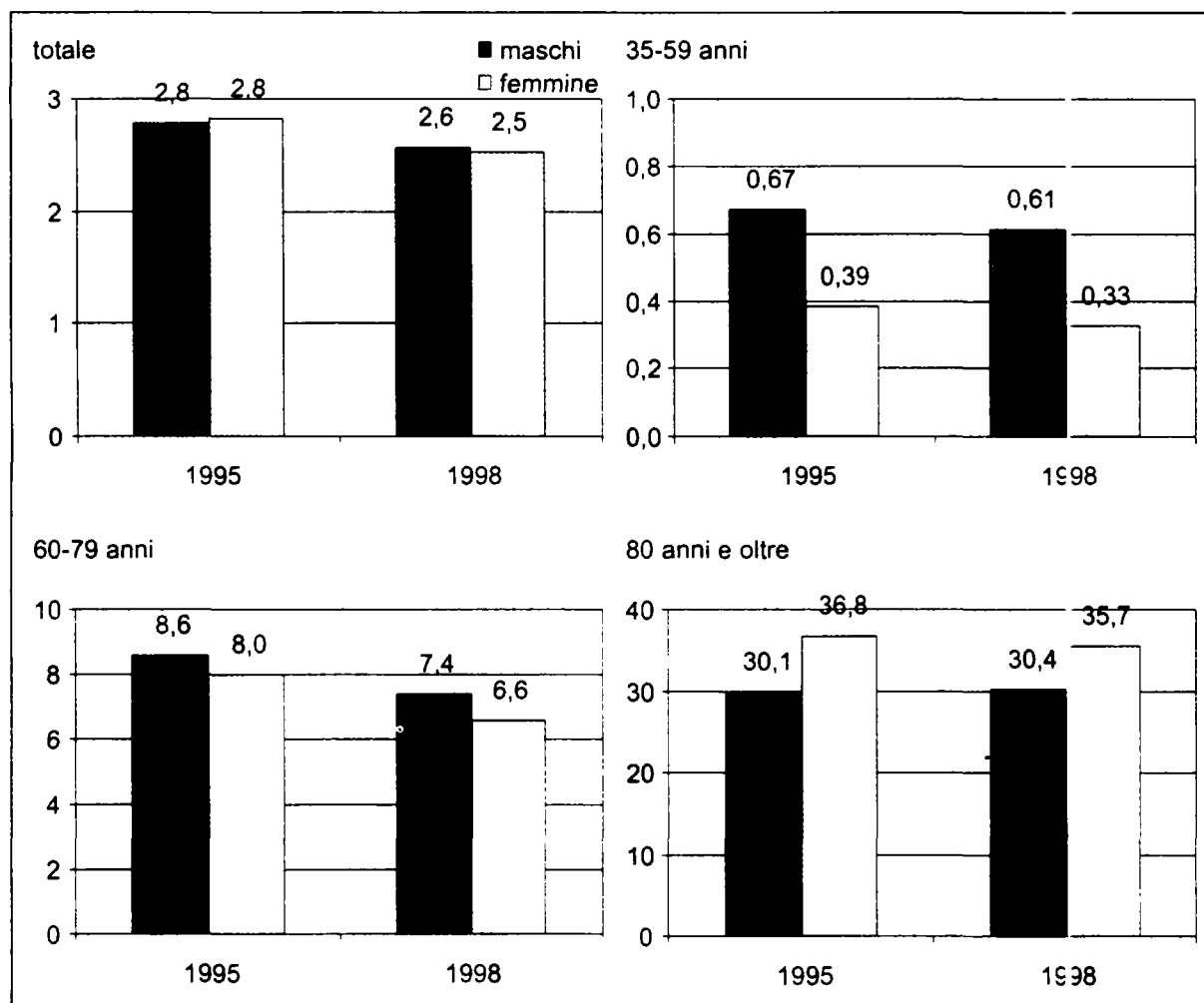


Figura 23 Tassi di mortalità standardizzati per diabete (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

to a 30,4 decessi negli uomini della stessa età. Le malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi sono un gruppo di cause di morte estremamente eterogeneo, comprendente patologie altamente letali come la malattia del motoneurone, le demenze e il morbo di Parkinson, la cui mortalità è mediata da altri processi morbosi, e altre malattie molto diffuse tra la popolazione (per esempio, l'emicrania) ma con mortalità scarsa o pressoché nulla (1).

I tassi standardizzati per queste cause ammontavano nel 1998 a 2,1 decessi per diecimila uomini e 1,6 per diecimila donne, con una diminuzione rispetto al 1995 del 3,5 per cento tra i primi e dell'1,9 per cento tra le seconde (figura 24).

La mortalità risulta fortemente concentrata dopo i 60 anni, cioè in quelle età in cui sono più frequenti malattie neurologiche come il morbo di Parkinson, la demenza senile di Alzheimer e la demenza multifattoriale. La maggiore diffusione di queste patologie tra gli anziani trova spiegazione anche nella diminuzione della mortalità per altre cause, prime fra tutte quelle cardiovascolari. Infine, l'incidenza delle malattie infettive e parassitarie, particolarmente elevata agli inizi del Novecento, è andata progressivamente riducendosi nel tempo, grazie al miglioramento delle condizioni igieniche e, recentemente, a una mag-

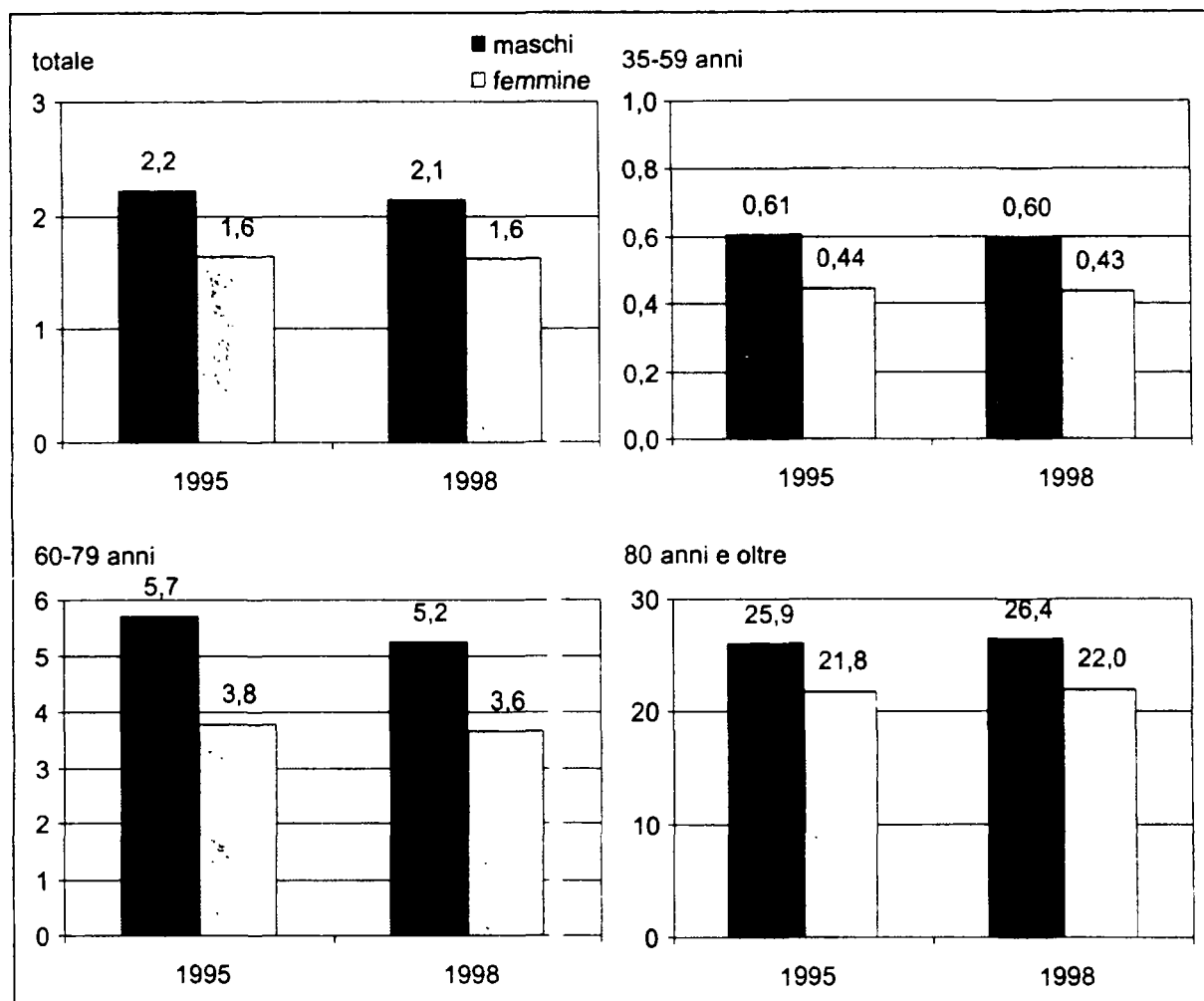


Figura 25 Tassi di mortalità standardizzati per malattie del sistema nervoso e organi di senso (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

giore diffusione delle vaccinazioni (figura 26). Contemporaneamente, l'utilizzo di farmaci sempre più efficaci ne ha anche diminuito la letalità, per cui nel 1998, non considerando la mortalità per AIDS, si sono registrati solo 0,6 decessi ogni centomila uomini e 0,5 decessi ogni centomila donne.

L'interesse per la mortalità legata alle malattie infettive e parassitarie oggi è quindi limitata ad alcuni fenomeni emergenti, quali l'insorgenza dell'AIDS e la recrudescenza della tubercolosi, determinata dalla resistenza di alcuni ceppi ai farmaci tradizionali. A parte la mortalità per AIDS, che si concentra nelle classi di età giovanili, quella per le altre malattie infettive interessa maggiormente le età anziane: il peso dei decessi di ultrasessantenni sul totale è andato aumentando nel tempo, fino a raggiungere nel 1998 il 76 per cento nei maschi e l'87 per cento nelle femmine.

BIBLIOGRAFIA

1) ISTAT - Istituto superiore di sanità. La mortalità in Italia nel periodo 1970-1992: evoluzione e geografia. Roma, 1999.

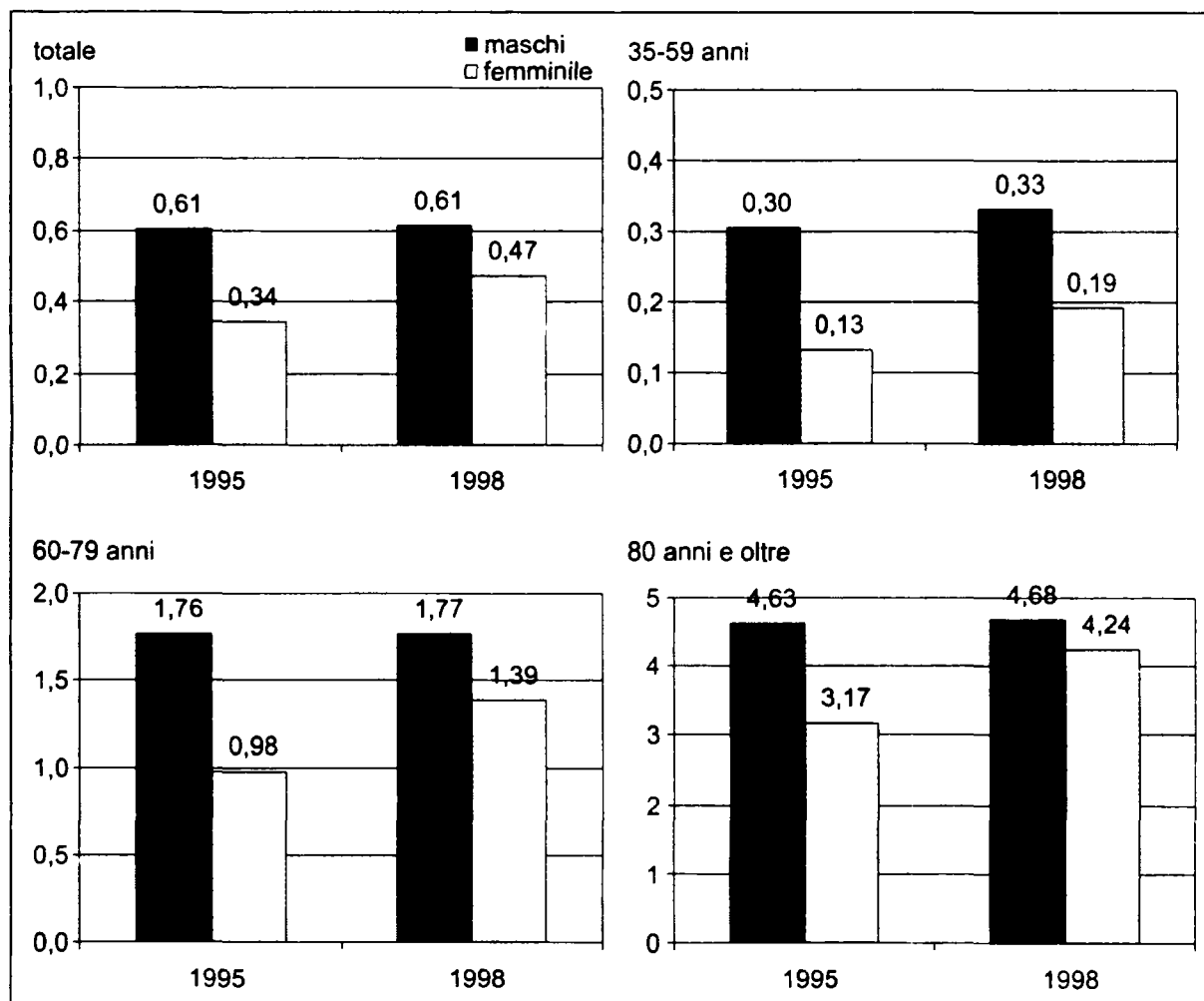


Figura 26. Tassi di mortalità standardizzati per malattie infettive e parassitarie escluso AIDS (per 10.000 residenti) suddivisi per sesso e classi di età, anni 1995 e 1998 (fonte ISTAT)

ALTRE FONTI

Capocaccia R. Relationships between incidence and mortality in non-reversible diseases. *Statistics in Medicine* 1993; 12: 2395-2415.

Caselli G et al. Le differenze territoriali di mortalità in Italia: tavole di mortalità provinciali (1971-72). Facoltà di Scienze Statistiche Demografiche ed Attuariali - Università degli studi di Roma "La Sapienza", Istituto di Demografia, Roma, 1980.

Egidi V et al. Cancer morbidity and mortality: current trends and influence on health care and the economy. Università degli studi di Roma "La Sapienza" - Dipartimento di Scienze Demografiche. Materiali di studi e di ricerche n. 14 - maggio 1988, Roma, 1988.

EUROSTAT. Key data on health 2000-1999. Lussemburgo: Edition 2000

ISTAT. Cause di morte: anno 1997. Annuari n. 13. Roma, 2001.

ISTAT. Decessi: caratteristiche demografiche e sociali anno 1997. Annuari n. 6, Roma, 2001.

ISTAT. Tavole provinciali di mortalità: anno 1995. Informazioni n. 12. Roma, 2000.

Micheli A et al. General mortality and its effect on survival estimates. In: *Survival of cancer patients in Europe the EUROCARE Study*. IARC Scientific Publications 1995; 132: 38-47

WHO. World health statistics quarterly. Ginevra, 2000

QUALITÀ DELLA SOPRAVVIVENZA

Le prospettive di sopravvivenza della popolazione italiana non sono mai state così favorevoli come negli anni recenti, in virtù della sensibile riduzione della mortalità nelle età adulte e anziane. Ciò tuttavia non implica una visione altrettanto positiva riguardo allo stato di salute della popolazione. In questo senso è quanto meno opportuno riflettere sulla necessità di disporre di misure di salute più accurate di quanto non siano attualmente i classici indici di mortalità.

L'invecchiamento e il progressivo affermarsi di malattie croniche e degenerative rendono sempre più attuale una valutazione anche qualitativa della sopravvivenza. È infatti importante comprendere se una vita più lunga significhi anche una vita migliore ovvero se un incremento così consistente della speranza di vita si realizzi in condizioni di cattiva salute. Il concetto di indicatore di salute in grado di riflettere in misura sintetica l'esperienza di morbosità e di mortalità di una popolazione non è nuovo nell'ambito del dibattito scientifico in tema di salute. L'indicatore di Sullivan (1), basato sulla determinazione della speranza di vita secondo diverse condizioni (in buona salute, libera da disabilità eccetera) sembra rispondere a tale requisito.

Consente infatti una valutazione globale dello stato di salute, non influenzata dalla struttura per età della popolazione. Tale caratteristica, che lo rende particolarmente utile a scopi comparativi, la relativa facilità di calcolo, nonché la possibilità di interpretarlo in modo semplice e immediato come una stima del tempo che un individuo può trascorrere nelle differenti condizioni di salute, ne hanno determinato la favorevole accoglienza e la progressiva diffusione negli anni recenti.

La specificazione delle differenti condizioni di salute dipende necessariamente dalle misure di morbosità e disabilità adottate. Le indagini campionarie sulle condizioni di salute condotte dall'ISTAT rappresentano una fonte informativa molto utile a questo scopo.

Speranza di vita in buona salute

In base all'indicatore di autopercezione di salute è possibile specificare il numero di anni trascorsi in buona salute. Sono considerati in una condizione di buona salute gli individui che dichiarano di sentirsi bene o molto bene rispetto a cinque modalità di risposta ordinate su una scala verbale.

Con riferimento ai dati raccolti nei primi due trimestri di rilevazione (settembre/dicembre 1999) dell'indagine ISTAT sulle condizioni di salute, si può stimare che circa il 60 per cento della popolazione si considera in buona salute. Infatti due terzi della popolazione adulta dichiarano di sentirsi bene, mentre solo l'1 per cento dà una valutazione completamente negativa delle proprie condizioni.

L'autopercezione di salute comincia a deteriorarsi significativamente dopo i 45 anni di età, quando diventa progressivamente più frequente tutta una serie di disturbi e di patologie non letali a lento decorso.

Uomini e donne presentano una percezione diversa delle proprie condizioni; in generale la proporzione di donne che dichiara di star male è più alta di quella degli uomini; il divario si configura con chiarezza a partire dai 35 anni e si accentua nelle fasce di età centrali.

Il titolo di studio svolge un ruolo attivo nel differenziare l'autopercezione di salute: vi è infat-

Tabella 31. Speranze di vita complessiva e in buona salute a differenti età nei due sessi (anno 1999)

	maschi	femmine	differenza
speranza di vita complessiva (in varie età)	(1)	(2)	(2-1)
alla nascita	75,8	82,0	6,2
15 anni	61,5	67,7	6,2
25 anni	52,0	57,8	5,8
45 anni	33,2	38,4	5,2
65 anni	16,3	20,3	4,0
75 anni	9,9	12,4	2,5
speranza di vita in buona salute (in varie età)			
alla nascita	49,2	51,3	2,1
15 anni	36,0	37,6	1,6
25 anni	27,4	28,8	1,4
45 anni	12,6	13,7	1,1
65 anni	3,5	4,2	0,7
75 anni	1,6	2,0	0,4

ti una frequenza sensibilmente maggiore di persone che si riconoscono in cattiva salute tra quanti hanno completato solo la scuola elementare.

L'impatto che questo quadro generale ha sulla sopravvivenza è sintetizzato nella tabella 31, in cui emerge chiaramente come le speranze di vita in buona salute prospettino uno scenario diverso rispetto a quello delineato in base ai soli rischi di mortalità, soprattutto in relazione alle differenze di genere.

In base alle stime relative al 1999, degli 82 anni mediamente vissuti da una donna, solo poco più di 51 sono vissuti in buona salute; un uomo può invece contare, alla nascita, su 49 anni di piena efficienza rispetto ai quasi 76 anni di sopravvivenza complessiva.

A 65 anni un individuo può attendersi ancora 3 anni e mezzo di vita in buona salute se maschio e poco più di 4 anni se femmina.

In termini qualitativi, dunque, le differenze di sopravvivenza tra i sessi vengono drasticamente ridimensionate: il vantaggio delle donne si riduce a soli 2 anni alla nascita e diminuisce ulteriormente con il crescere dell'età, tanto che a 75 anni può essere quantificato in meno di 5 mesi.

Occorre inoltre sottolineare che questi anni incidono in modo diverso tra i due sessi rispetto alla sopravvivenza complessiva: la proporzione di anni in buona salute ammonta infatti al 62 per cento nelle donne contro il 65 per cento degli uomini.

La maggiore longevità delle donne non si traduce quindi in una migliore qualità della sopravvivenza. Questo apparente paradosso può essere spiegato in parte dalla diversa tipologia di malattie che si sviluppano nei due sessi. Sembrerebbe infatti che proprio la presenza di patologie croniche e degenerative influenzi pesantemente in senso negativo la percezione del proprio stato di salute.

Le donne sono afflitte, più frequentemente e più precocemente rispetto agli uomini, da malattie meno letali, ma con un decorso che nel lungo periodo degenera in situazioni inva-

Tabella 32. Speranza di vita libera da disabilità a 65 e 75 anni nei due sessi (anni 1990 e 1999)

	maschi		femmine	
	1990	1999	1990	1999
speranza di vita a 65 anni				
totale	14,9	16,3	18,8	20,3
libera da disabilità	12,0	13,8	14,1	15,1
libera da confinamento	13,9	15,1	16,6	17,9
libera da difficoltà nelle attività della vita quotidiana	13,1	14,7	16,0	16,9
libera da difficoltà nella locomozione	13,6	15,0	16,3	17,5
speranza di vita a 75 anni				
totale	8,8	9,9	11,1	12,4
libera da disabilità	6,2	7,4	7,0	7,7
libera da confinamento	7,8	8,7	9,1	10,1
libera da difficoltà nelle attività della vita quotidiana	6,9	8,2	8,4	9,1
libera da difficoltà nella locomozione	7,6	8,8	8,9	9,9

lidanti, quali l'artrite, l'artrosi, l'osteoporosi, l'ipertensione arteriosa e il diabete; gli uomini, al contrario, sviluppano con maggiore probabilità patologie croniche letali, come i tumori maligni e le malattie legate al sistema cardiocircolatorio.

Con l'aumentare dell'età assume inoltre un rilievo sempre maggiore il fenomeno della comorbidità, vale a dire il cumularsi nello stesso individuo di processi ed eventi morbosi di natura diversa. Questo aspetto ha un impatto ancora più rilevante sull'autopercezione di salute: un malato multicronico su tre riferisce infatti di star male o molto male. Anche in questo caso appare netta la prevalenza delle donne.

Tra gli anziani con disturbi multicronici il 70,3 per cento è rappresentato da donne, contro il 62 per cento degli uomini.

Speranza di vita libera da disabilità

Lo stato di salute di una popolazione si misura non solo attraverso la prevalenza di problemi di salute, ma anche riguardo alla capacità degli individui di esercitare pienamente ed autonomamente il proprio ruolo sociale e le attività della vita quotidiana. Questa dimensione del concetto di salute sta acquisendo un'importanza crescente in relazione al progressivo aumento del numero di anziani nella popolazione. L'autonomia infatti può essere ridotta a causa di processi patologici, di traumatismi o più semplicemente come conseguenza del declino psico-fisico legato al processo di invecchiamento individuale.

Nel caso degli anziani, in particolare, la qualità degli anni vissuti deve tenere conto della capacità del soggetto di adattarsi all'ambiente in cui vive conservando la sua autonomia nelle attività quotidiane, anche in assenza di un processo morboso ben definito. La speranza di vita libera da disabilità può essere considerata quindi un indicatore più pertinente per valutare lo stato di salute della popolazione anziana.

Facendo riferimento alla condizione di disabilità rilevata nello studio citato, lo scenario che

si configura in termini di aspettative di vita consente un cauto ottimismo: a 65 anni una donna può aspettarsi di vivere mediamente ancora 20 anni e di questi ben 15 in piena autosufficienza; un uomo invece, rispetto ai 16 anni di vita attesi, ha davanti a sé ancora 14 anni liberi da disabilità. Complessivamente le donne possono contare a ogni età su una più elevata speranza di vita libera da disabilità, ma anche in questo caso il vantaggio va riducendosi con il crescere dell'età, scendendo a circa 16 mesi a 65 anni, rispetto ai 4 anni complessivi, e a meno di 4 mesi all'età di 75 anni.

L'analisi della reciproca influenza tra sopravvivenza e disabilità è stata approfondita isolando le singole componenti della disabilità: confinamento, difficoltà nell'esecuzione delle attività quotidiane e difficoltà di movimento; nel riproporzionamento degli anni vissuti sono state quindi utilizzate le rispettive prevalenze stimate nella popolazione in base ai primi due trimestri di rilevazione.

I risultati, riportati nella tabella 32, riflettono nella sostanza quanto già emerso, sulla base del più generale indicatore di disabilità, in relazione al vantaggio femminile. È altresì evidente una considerazione di carattere generale, ovvero che il numero di anni libero da disabilità è più elevato se dalla speranza di vita vengono sottratti solo gli anni vissuti in condizioni di disabilità molto serie (per esempio, il confinamento) e considerevolmente inferiore quando si tiene conto di disabilità meno gravi.

I dati a disposizione consentono inoltre di tracciare un primo quadro evolutivo della speranza di vita libera da disabilità.

A livello complessivo si può osservare che la proporzione di soggetti che presentano una perdita o una riduzione di autonomia di carattere permanente è diminuita dopo il 1990, in misura maggiore per gli uomini rispetto alle donne. I quozienti di disabilità sono infatti passati dal 5,3 per cento del 1990 al 3,5 per cento del 1999 per gli uomini e dal 7 per cento al 6,3 per cento per le donne, sempre negli stessi anni.

Di conseguenza i guadagni che attengono alla speranza di vita complessiva e a quella libera da disabilità sono di considerevole entità.

In generale gli uomini hanno fatto registrare in questi anni guadagni di vita liberi da disabilità più rilevanti di quelli delle donne, in particolare per quanto riguarda le condizioni meno gravi di disabilità.

Se i guadagni attinenti alla speranza di vita in buona salute indicano un generale miglioramento dello stato generale, le ripercussioni sui servizi sanitari risultano invece piuttosto ambigue.

L'aumento della speranza di vita implica comunque un sempre più consistente numero di persone in età avanzata più facilmente esposte a condizioni di disabilità. Ciò lascia prevedere un maggior bisogno di aiuto personale, sia di tipo familiare sia in termini di assistenza domiciliare e di servizi sanitari.

Al fine di pianificare le strategie volte a ridurre le conseguenze negative dei problemi di salute occorrerà puntare l'attenzione in diverse direzioni, intervenendo da un lato al fine di prevenire le malattie e i traumatismi all'origine delle disabilità e operando dall'altro verso una riduzione delle conseguenze che da essi ne derivano.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Rep. 1977; 347-354.

LE PRINCIPALI PATOLOGIE IN ITALIA

Malattie cardio e cerebrovascolari

In Italia nel corso degli ultimi decenni la mortalità per le malattie cardiovascolari è notevolmente diminuita, tuttavia rimane la causa principale di morte (43 per cento della mortalità totale nel 1997).

Le malattie cardiovascolari di origine arteriosclerotica, e fra queste in particolare le malattie ischemiche del cuore e gli accidenti cerebrovascolari, sono fra le patologie cronicamente degenerative a più alta morbosità e sono fra le principali cause di disabilità.

Nel 1997 le malattie cardiovascolari hanno provocato 242.473 decessi, di cui 178.019 nell'età più avanzata (75 anni e oltre); le malattie ischemiche del cuore hanno prodotto 75.445 decessi, di cui 40.501 negli uomini e 34.044 nelle donne; gli accidenti cerebrovascolari 68.930 decessi, di cui 28.303 negli uomini e 40.627 nelle donne. L'andamento dei tassi di mortalità per le malattie ischemiche del cuore e per gli accidenti cerebrovascolari per gli uomini e le donne di età 65-99 anni suddiviso per grandi aree geografiche (Nordest,

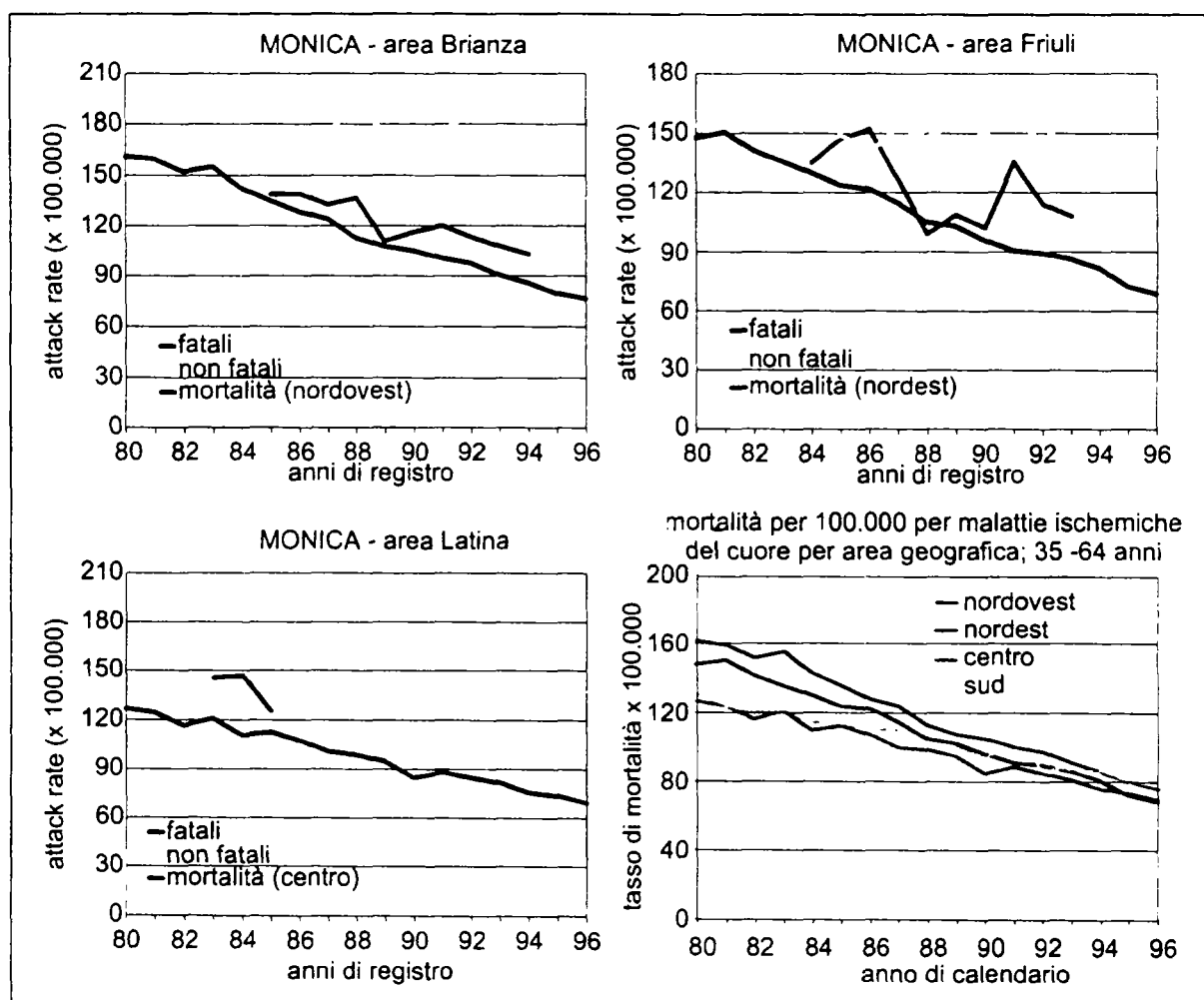


Figura 27. Andamenti dei tassi di attacco coronarico per gli uomini di 35-64 anni e per gli eventi fatali e non fatali per gli anni di funzionamento del registro MONICA

Nordovest, Centro e Sud) mostra chiaramente un andamento in discesa, ma sono evidenti anche le differenze fra Nord e Sud: negli uomini la mortalità per malattie ischemiche del cuore è più elevata a Nord rispetto al Sud, mentre quella per gli accidenti cerebrovascolari è più elevata al Sud; nelle donne la mortalità per gli accidenti cerebrovascolari è più frequente al Sud, mentre quella per malattie ischemiche del cuore non mostra differenze fra aree geografiche. Le differenze fra aree geografiche non sono evidenti nella mortalità riferita alle età più giovani. Recentemente sono stati pubblicati i risultati del Progetto MONICA (MONItoring Cardiovascular diseases) raccolti nelle tre aree italiane che hanno partecipato al progetto (l'Area Friuli e l'Area Brianza che hanno concluso lo studio, l'Area Latina che ha partecipato solo per i primi tre anni di funzionamento del registro) e i tassi di occorrenza per gli eventi coronarici maggiori raccolti negli anni di sorveglianza; gli andamenti dei tassi di attacco per gli uomini e le donne di 35-64 anni e per gli eventi fatali e non fatali per gli anni di funzionamento del registro sono riportati nelle figure 27 e 28; nelle figure è stata inserita anche la mortalità specifica di quell'area per evidenziare l'andamento fra i casi fatali e non fatali e per mostrare le differenze riscontrate fra la mortalità ufficiale (codici CIM IX revisione 410-414) e la mortalità validata attraverso i criteri diagnostici del Progetto MONI-

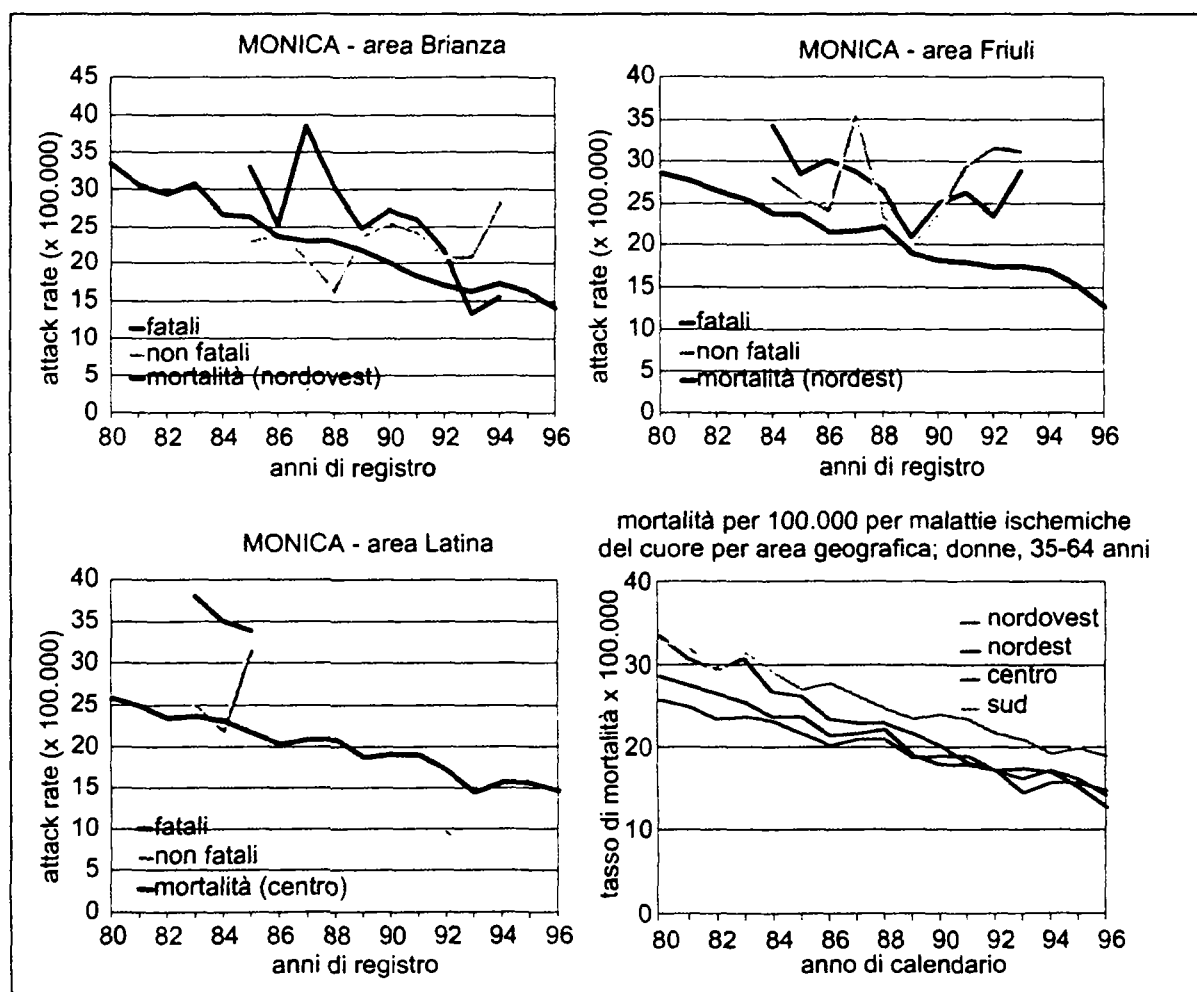


Figura 28. Andamenti dei tassi di attacco coronarico per le donne di 35-64 anni e per gli eventi fatali non fatali per gli anni di funzionamento del registro MONICA

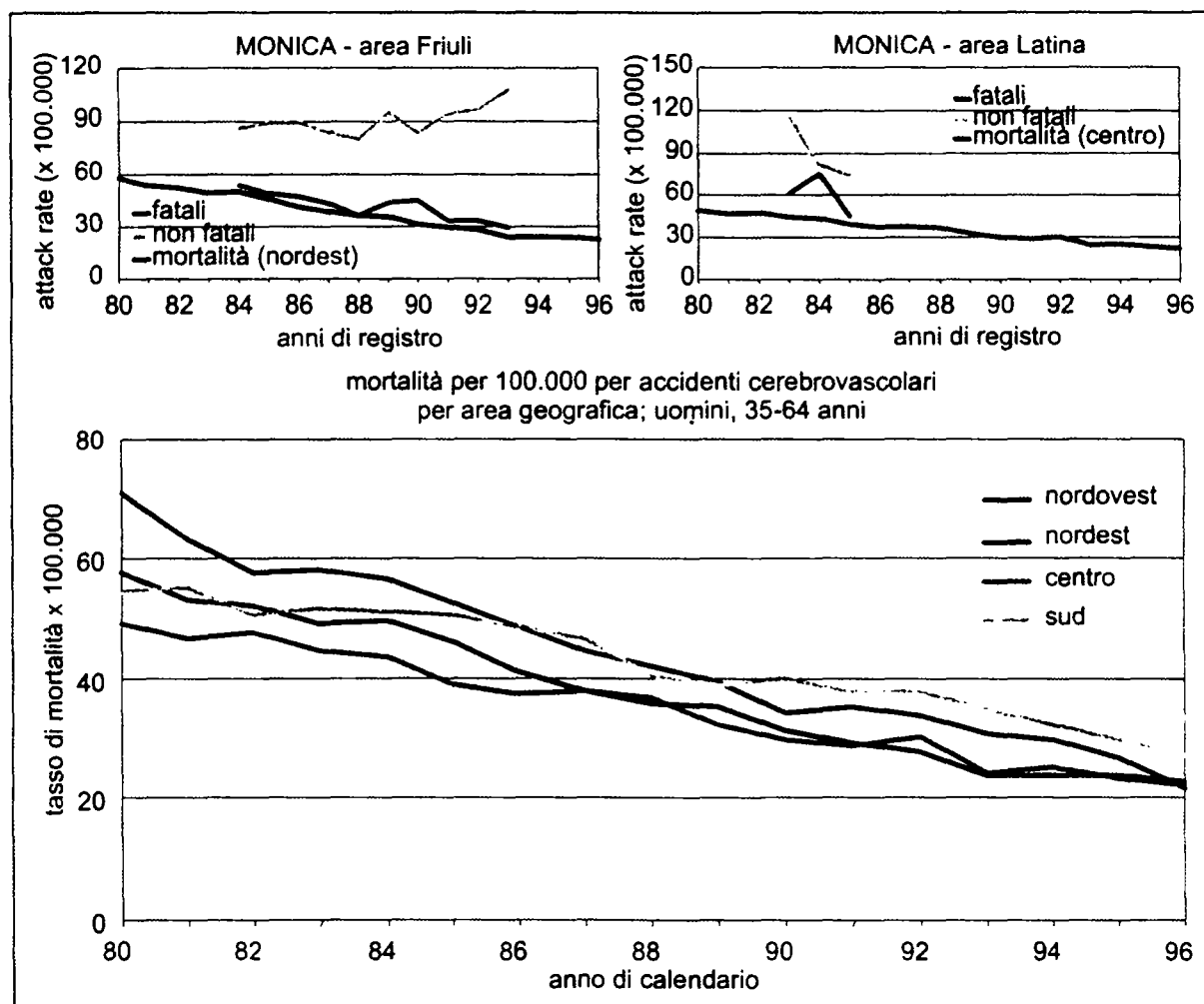


Figura 29. Andamenti dei tassi di attacco per gli accidenti cerebrovascolari negli uomini

CA. Negli uomini è evidente l'andamento in discesa degli eventi fatali, mentre quelli non fatali non sembrano in diminuzione. I tassi riportati per le donne mostrano un andamento non chiaro, dovuto alla scarsa numerosità degli eventi coronarici sia fatali sia non in questa fascia di età. Interessante anche notare la letalità a varie scadenze suddivisa in intraospedaliera ed extraospedaliera: entro la prima ora il 20 per cento degli uomini e il 15 per cento delle donne colpiti da un evento coronarico muore, entro un giorno il 32 per cento degli uomini e il 36 per cento delle donne; entro 28 giorni il 40 per cento degli uomini e il 45 per cento delle donne. Nella indagine multiscopo sulle famiglie condotta dall'ISTAT basata su interviste, il 6 per cento degli uomini e il 3 per cento delle donne di età uguale o superiore a 65 anni dichiara di aver avuto l'infarto del miocardio.

Le figure 29 e 30 riportano gli andamenti dei tassi di attacco per gli accidenti cerebrovascolari: anche in questo caso sembrano diminuire gli eventi fatali, mentre quelli non fatali rimangono alti.

Numerosi studi epidemiologici indicano che il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare è efficace nel ridurre l'incidenza della cardiopatia ischemica e degli accidenti cerebrovascolari; pertanto, nel descrivere lo stato di salute cardiovascolare della popolazione italia-

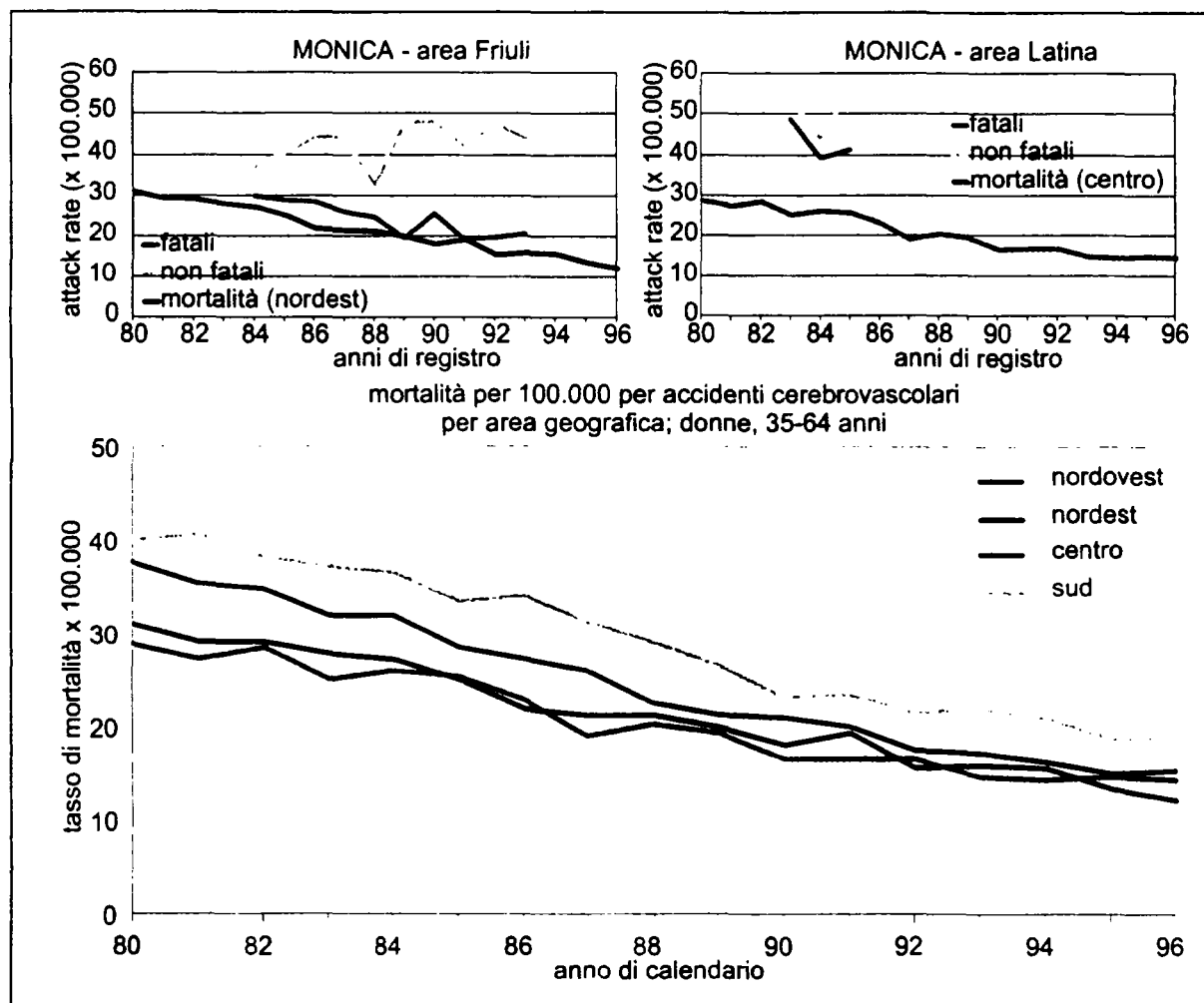


Figura 30. Andamenti dei tassi di attacco per gli accidenti cerebrovascolari nelle donne

na, è opportuno dare alcune informazioni sulla distribuzione dei fattori di rischio. Nel 1998 è stata condotta una indagine trasversale su alcuni campioni di popolazione di età 35-74 anni, scelti in modo casuale, diffusi omogeneamente sul territorio nazionale, nell'ambito dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare, studio collaborativo fra Istituto superiore di sanità e Associazione medici cardiologi ospedalieri. I dati sono stati raccolti con metodologie standardizzate da operatori sanitari opportunamente addestrati e durante le operazioni di screening sottoposti al controllo di qualità per la rilevazione delle misurazioni. Sono stati studiati anche la mediana e il valore al venticinquesimo e al settantacinquesimo percentile di alcuni fattori di rischio quali la pressione arteriosa (riportata in figura 31), la colesterolemia (figura 32), l'abitudine al fumo di sigaretta, l'indice di massa corporea, l'inattività fisica, la glicemia, nonché la prevalenza di alcune condizioni a rischio come l'ipertensione arteriosa (pressione arteriosa uguale o maggiore di 160 o 95 mmHg o trattamento farmacologico specifico; per i borderline pressione arteriosa compresa fra 140 e 160 o 90 e 95 mmHg), la ipercolesterolemia (colesterolemia uguale o superiore a 240 mg/dl; per i borderline con colesterolemia compresa fra 200 e 240 mg/dl), l'obesità (indice di massa corporea uguale o superiore a 30 kg/m²), e il diabete (anamnesi positiva). I dati delle figure 31

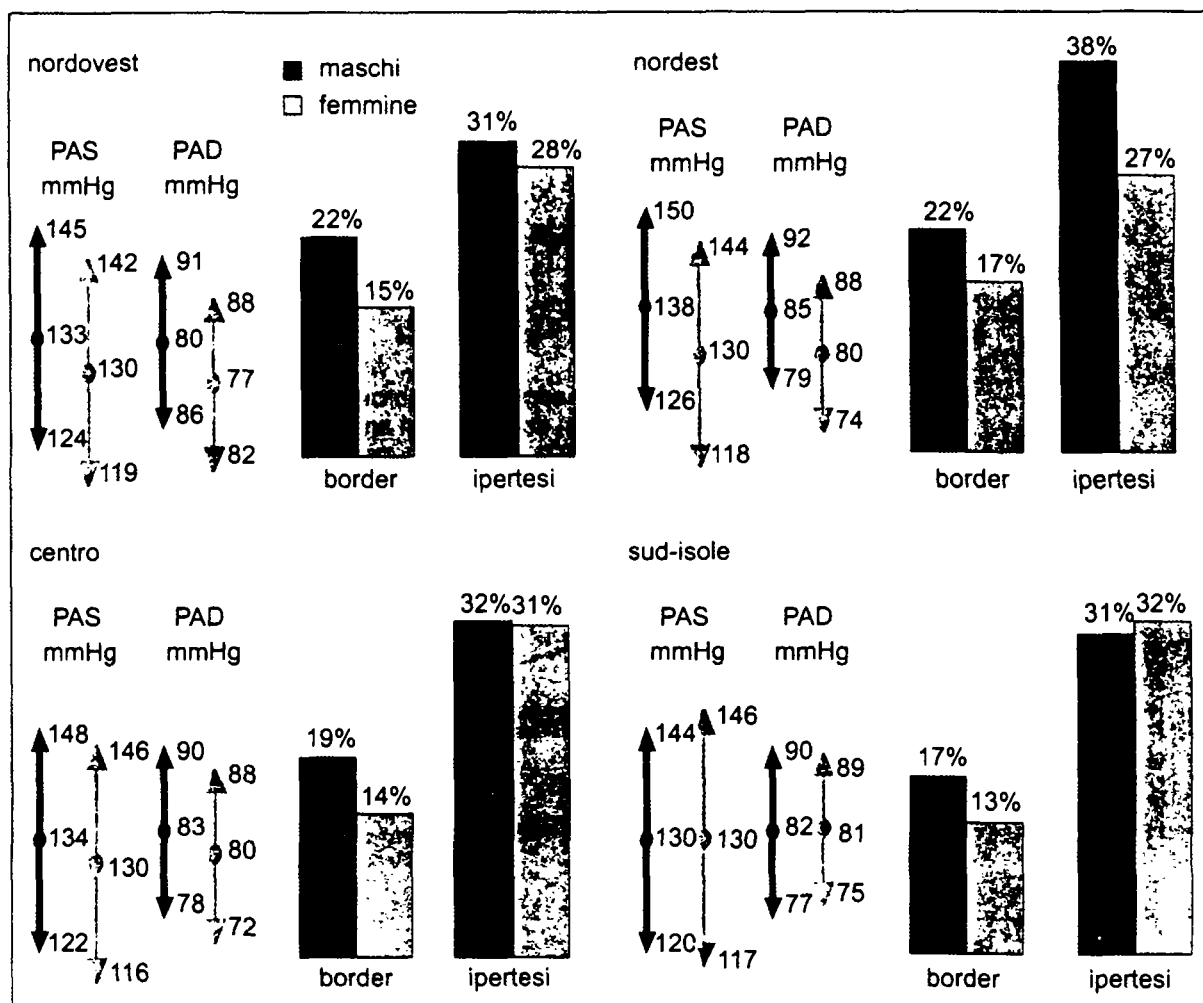


Figura 31. Mediana e valore al venticinquesimo e al settantacinquesimo percentile della pressione arteriosa

e 32 sono inoltre presentati per grandi aree geografiche. Nella indagine multiscopo sulle famiglie condotta dall'ISTAT il 10 per cento degli uomini e il 13 per cento delle donne dichiara di essere iperteso; nella fascia di età uguale o superiore a 65 anni il 31 per cento degli uomini e il 39 per cento delle donne. Questi dati raccolti tramite intervista forniscono una prevalenza di ipertensione arteriosa più bassa rispetto a quella raccolta tramite misurazione diretta nell'ambito dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare.

Dai dati presentati risulta chiaro che la patologia cardiovascolare, nonostante l'andamento in discesa della mortalità, è tuttora un rilevante problema sanitario; nonostante la riduzione della letalità, il numero degli eventi coronarici e cerebrovascolari non fatali che si verificano è a tutt'oggi elevato, gravando sia in termini di spesa sanitaria per le terapie di mantenimento dopo la fase acuta sia in termini di disabilità. Non va dimenticato infatti che le malattie cardiovascolari costituiscono uno dei fattori di rischio principali nello sviluppo di patologie legate all'anziano quali il danno cognitivo, la demenza e la non autosufficienza. Molto può essere fatto ancora per ridurre i fattori di rischio modificabili nella popolazione generale, come l'abitudine al fumo di sigarette, l'obesità, l'inattività fisica, nonché il controllo adeguato dell'ipertensione arteriosa e della colesterolemia; è presumibile che il riconoscimento

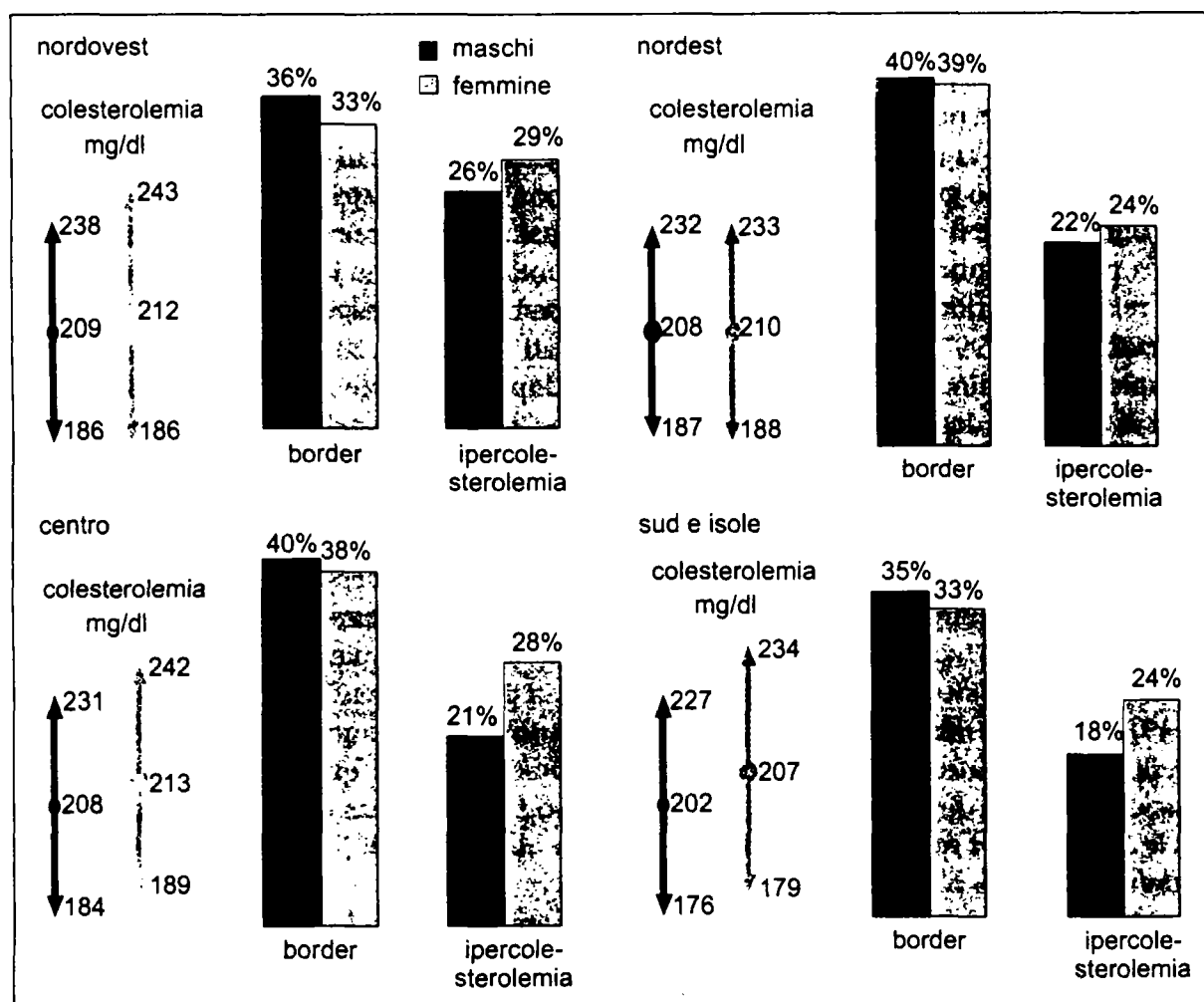


Figura 32. Mediana e valore al venticinquesimo e al settantacinquesimo percentile della colesterolemia

to e la prevenzione dei fattori di rischio abbia determinato una minore severità di presentazione della malattia e ciò ha permesso un più tempestivo trattamento e una maggiore efficacia delle cure in fase acuta.

BIBLIOGRAFIA

- Ferrario M. et al. Sorveglianza epidemiologica della occorrenza della cardiopatia ischemica: risultati dalle aree MONICA italiane e proposta di un modello semplificato di stima. *Giornale Italiano di Cardiologia* 1999; 29: 161-167.
- Giampaoli S. et al. Osservatorio epidemiologico cardiovascolare: risultati preliminari. *Giornale italiano di cardiologia* 1999; 29: 19-22.
- Giampaoli S. et al. I fattori di rischio cardiovascolare in Italia: una lettura in riferimento al Piano sanitario nazionale 1998-2000. *Giornale italiano di cardiologia* 1999; 29: 1463-1471.
- Giampaoli S. et al. Fattori di rischio cardiovascolare della donna in menopausa. *Italian heart journal. suppl* 2000, 1 (9): 1180-1187.
- Seccareccia F. et al. Fumo e prevenzione delle malattie cardiovascolari in Italia. *Italian heart journal suppl.* 2000, 1 (7): 910-918.
- Sistema statistico nazionale. Istituto nazionale di statistica. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Indagine multiscopo sulle famiglie. Anno 1999-2000.

Tumori

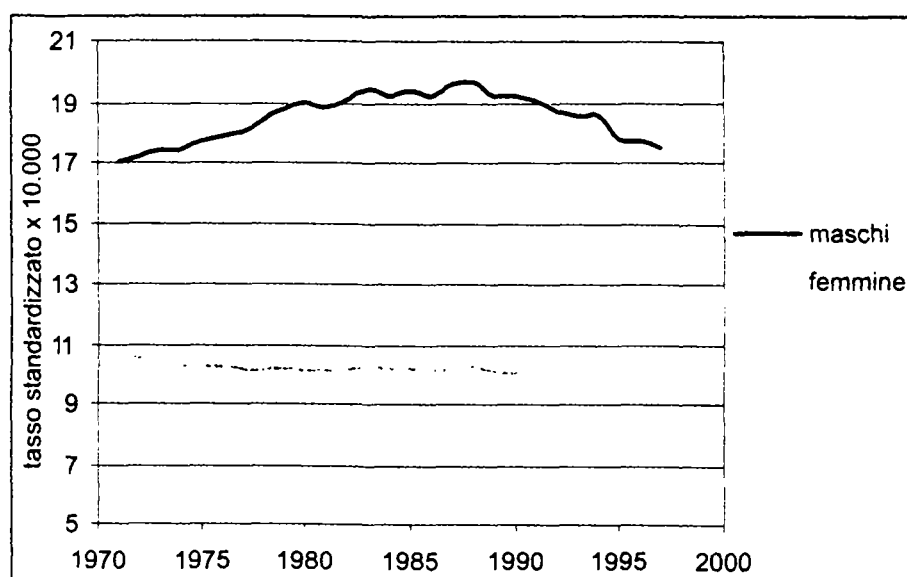
I dati esposti nella presente relazione si riferiscono, per quanto riguarda la mortalità, ai dati ISTAT del 1997 e, per quanto riguarda l'incidenza e la prevalenza, ai dati dei Registri tumori italiani relativi al periodo 1988-92 pubblicati nel 1998 (Zanetti et al.). Anche se non del tutto recenti, sono gli unici e i più recenti dati disponibili. I Registri tumori aggiornano i loro dati ogni 5 anni e li inviano allo IARC (International agency for research of cancer) a Lione per la pubblicazione (Cancer incidence in five continents): sono in corso di elaborazione i dati relativi al periodo 1993-97 che saranno disponibili entro maggio 2001.

Mortalità. Nel 1997 i decessi per tumore sono stati 157.000, il 28 per cento della mortalità complessiva e quindi la seconda causa di morte dopo le malattie del sistema circolatorio. I tassi di mortalità degli uomini sono in diminuzione, soprattutto nelle regioni del Nord e del Centro già a partire dalla fine degli anni ottanta.

Nel corso degli anni novanta si è osservata una diminuzione dei tassi di mortalità anche nella popolazione femminile (figura 33). Nelle regioni del Sud invece si osserva ancora, per gran parte dei tumori, una tendenza all'aumento di mortalità. Nel sesso maschile i tumori che hanno fatto registrare la maggior riduzione di mortalità sono i tumori del polmone e i tumori dello stomaco (figura 34). Nel sesso femminile la maggior diminuzione si è osservata nei tumori dello stomaco e in minor misura nei tumori del colon-retto e della mammella (figura 35). Il maggior numero assoluto di decessi è attribuibile ai tumori del polmone; seguono quelli del colon-retto, dello stomaco e della mammella. Queste quattro neoplasie comportano ciascuna più di 10.000 decessi all'anno. I tumori del pancreas, della prostata, della vescica, le leucemie e i tumori del fegato sono responsabili di più di 5.000 decessi all'anno ciascuno (figura 36).

La riduzione di mortalità per tumori negli ultimi anni è stata solo dell'1 per cento: questa riduzione, anche se molto inferiore a quella delle malattie cardiovascolari, rappresenta comunque un aspetto positivo se si considera che fino agli anni ottanta la mortalità per tumore era in costante aumento. Il trend del fenomeno appare molto differenziato secondo l'età, facendo registrare diminuzioni di mortalità tra i giovani, gli adulti e i "giovani-anziani" (60-79 anni), ma un incremento negli ultraottantenni (+8,3 per cento negli uomini e +4,2

Figura 33.
Trend temporale
di mortalità
per tutti i tumori
in Italia



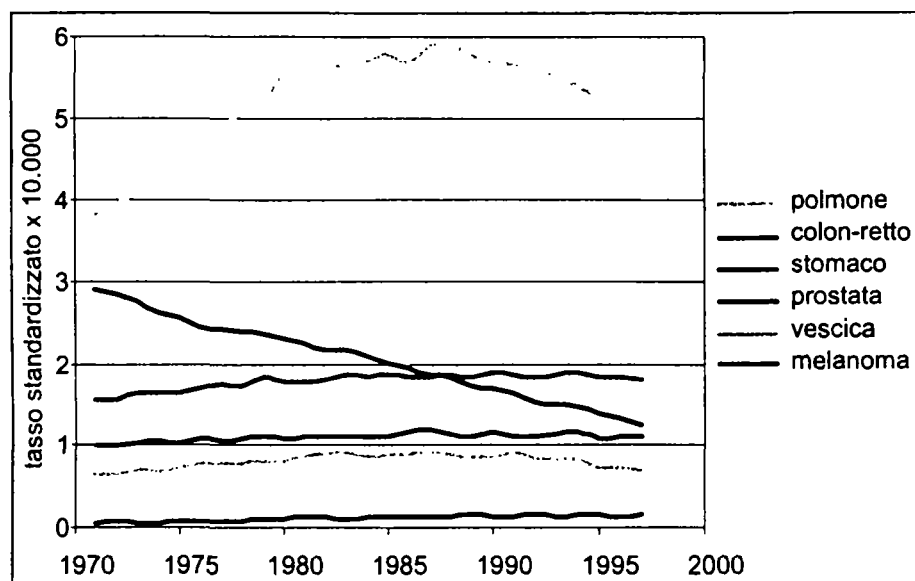


Figura 34.
Trend temporale
di mortalità
per ciascun tumore
in Italia, maschi

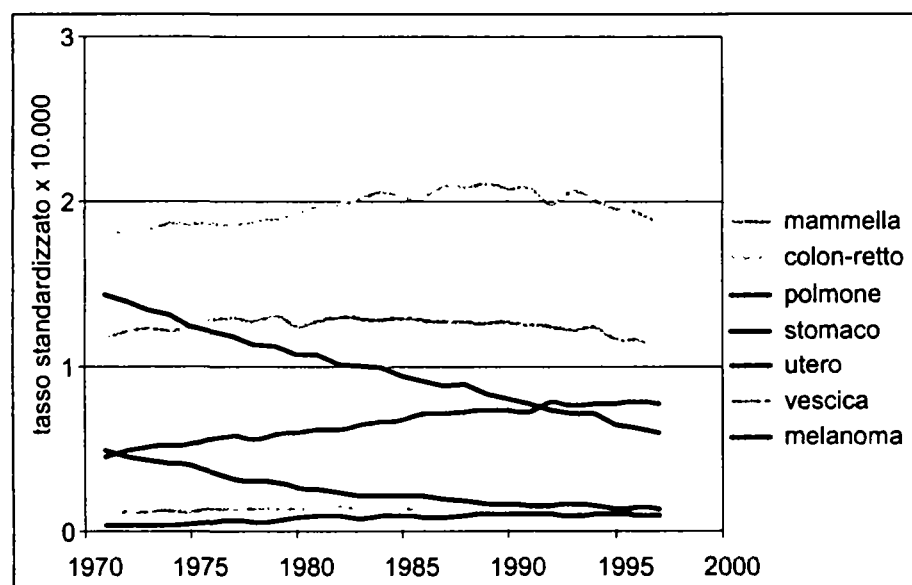


Figura 35.
Trend temporale
di mortalità
per ciascun tumore
in Italia, femmine

per cento nelle donne). I benefici di una maggior sopravvivenza prima degli ottanta anni vengono in parte annullati dagli aumenti della mortalità per tumore dopo gli ottanta anni. Tuttavia, il fatto che la mortalità per tumore stia diminuendo prima degli ottanta anni potrebbe indicare un effetto generazione che potrebbe portare in futuro a un guadagno di sopravvivenza anche nelle età più avanzate.

Le differenze di genere mostrano inoltre che, se il rischio di morire per tumore è sostanzialmente analogo nella classe di età 15-34 anni, questo tende ad aumentare negli uomini al crescere dell'età fino a valori negli anziani doppi rispetto a quelli delle donne.

Incidenza. Si stima che in Italia siano diagnosticati ogni anno circa 270.000 nuovi casi di tumore. La probabilità di ammalarsi di tumore nel corso della vita (dalla nascita ai 74 anni, età che corrispondeva all'attesa di vita media all'inizio degli anni novanta) è del 30 per cento circa negli uomini e del 21 per cento circa nelle donne. L'incidenza grezza dei tumori nella popolazione italiana è ancora in aumento, soprattutto per la proporzione crescente

Figura 36.
Mortalità
per tumore in Italia:
numero di decessi

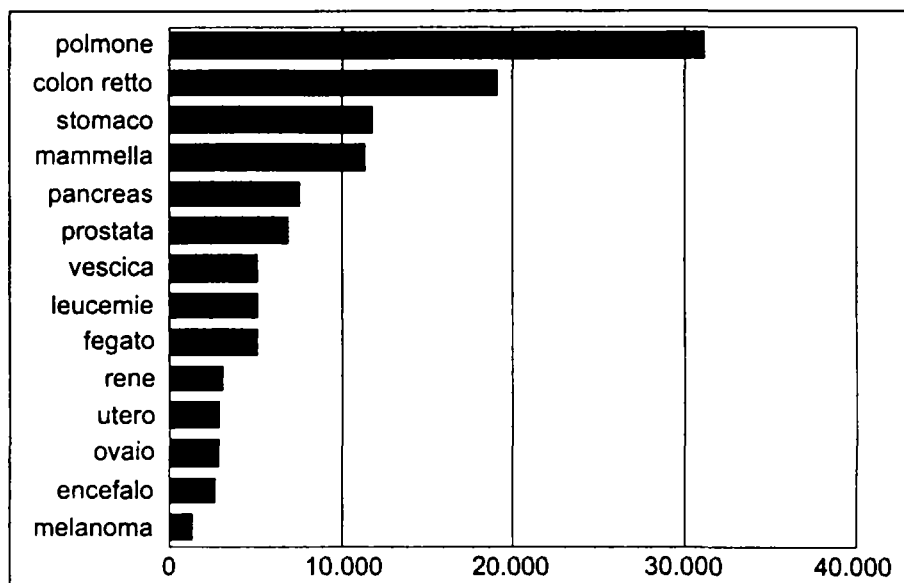
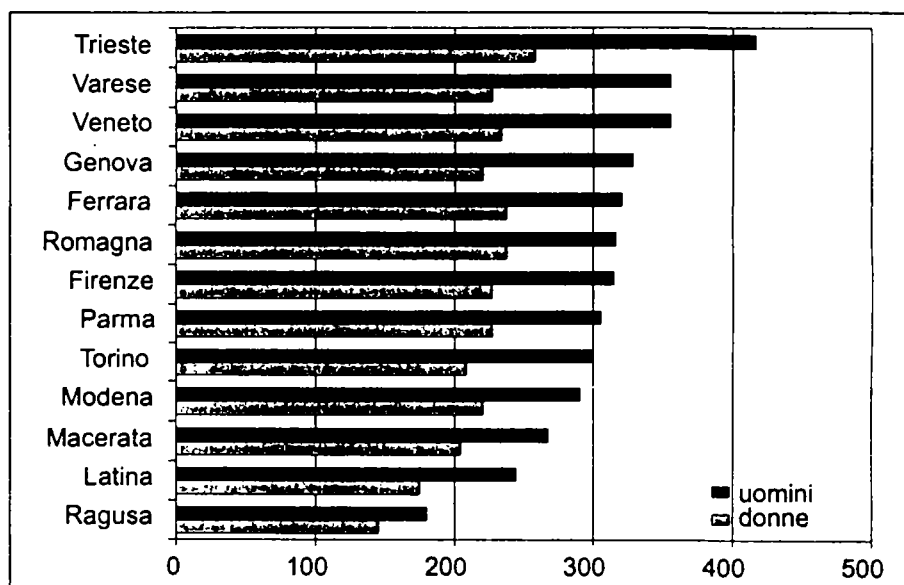


Figura 37.
Incidenza
dei tumori in Italia
(Registri dei tumori,
Zanetti et al)



di anziani che rappresenta la frazione della popolazione a maggior rischio di sviluppare patologie tumorali. I tassi di incidenza aggiustati per età sono stimati stabili.

I Registri tumori italiani indicano il tumore del polmone come quello al massimo livello di incidenza in assoluto e in particolare nel sesso maschile, seguito dai tumori della mammella, dello stomaco, della vescica, del colon e della prostata.

Un aspetto di particolare interesse è costituito dalla differenza di incidenza, e quindi anche di mortalità, tra le grandi aree del paese e in particolare tra Nord e Sud: in entrambi i sessi e per gran parte dei tumori il rischio di ammalarsi e di morire per tumore in molte aree del Nord Italia è superiore rispetto al Sud (figura 37). Questi dati, ricavati da 13 Registri tumori italiani sono coerenti con quanto è noto sulla minor presenza di fattori di rischio per tumori nelle popolazioni meridionali: minor consumo di tabacco e di alcol, diversi profili riproduttivi (maggior numero di gravidanze ed età più giovane al momento del concepimento), minore esposizione a sostanze cancerogene ambientali.

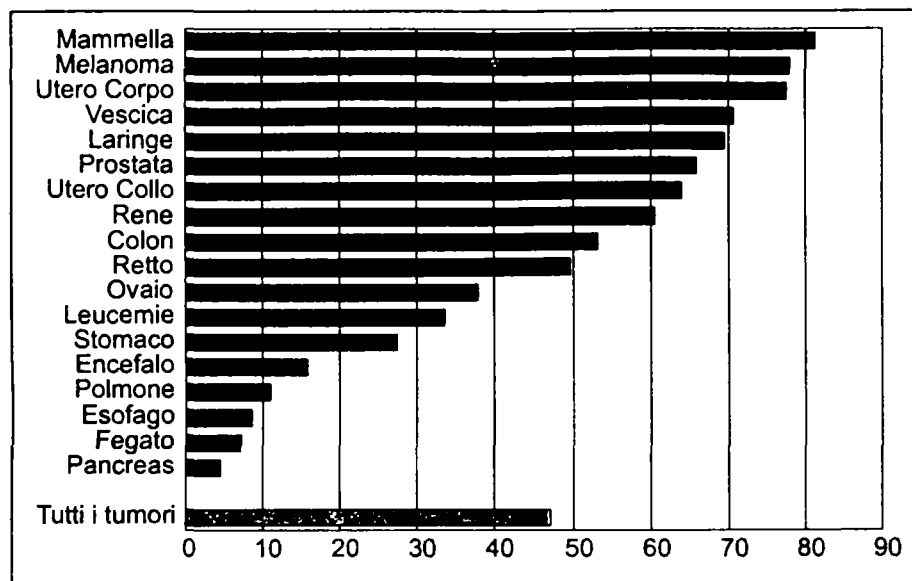


Figura 38.
Sopravvivenza
relativa a 5 anni
da tumori in Italia
(1990-1994,
con follow up 1999,
Registri dei tumori,
Rosso et al;
in corso
di pubblicazione)

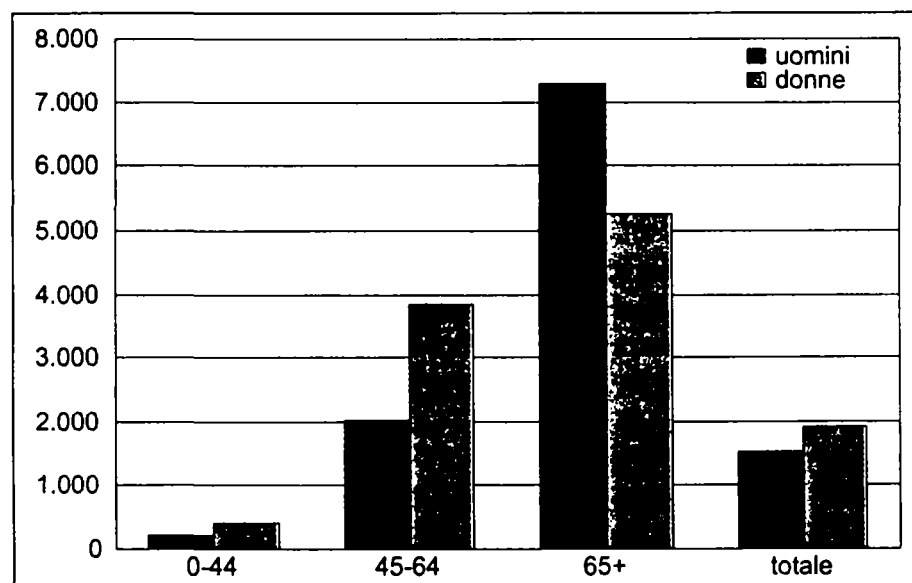
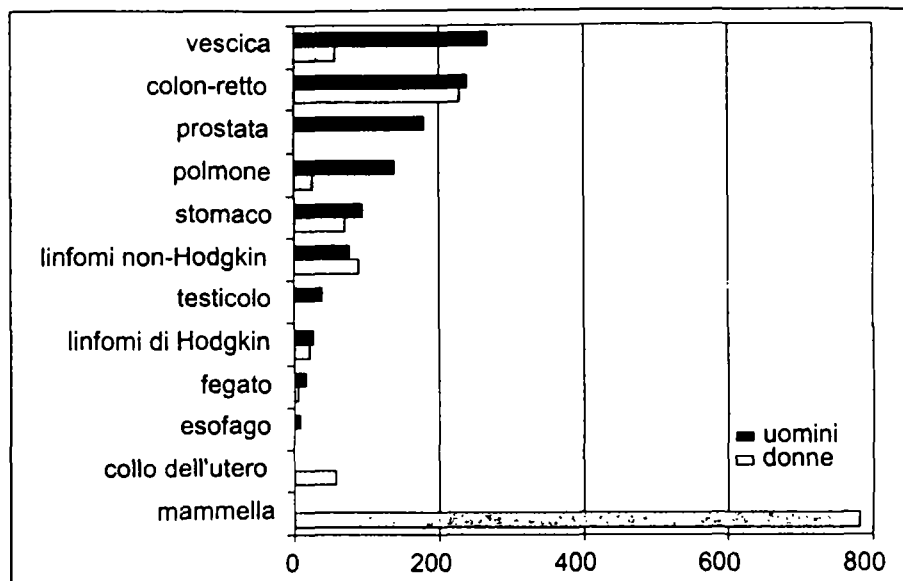


Figura 39.
Prevalenza
dei tumori
(tutte le neoplasie)
in Italia
(Zanetti et al)

Sopravvivenza. La durata della sopravvivenza è considerata la misura più adeguata dell'efficacia delle cure. A partire dal 1978, anno dal quale si comincia a disporre di dati, la sopravvivenza è costantemente aumentata nel tempo: l'incremento di sopravvivenza in Italia è stato il più forte tra tutti quelli osservati nei paesi europei. La probabilità di sopravvivenza a 5 anni nell'ultimo periodo disponibile (pazienti diagnosticati nel periodo 1990-1994 e seguiti sino al termine del 1999) è complessivamente del 47,2 per cento (figura 38). Si può osservare una discreta differenza di sopravvivenza complessiva tra uomini e donne: negli uomini la sopravvivenza a 5 anni è 39,4 per cento (era 30 per cento 5 anni prima); nelle donne 55,6 per cento (era 48 per cento). Questa differenza non deriva da una maggiore efficacia delle cure nel sesso femminile ma dalla diversa possibilità di cura dei tumori che maggiormente colpiscono ciascun sesso (maggiore incidenza nell'uomo di tumori polmonari a pessima sopravvivenza a 5 anni e alta incidenza nella donna di tumori della mammella a buona sopravvivenza a 5 anni). Infatti le migliori possibilità di sopravvivenza a 5 anni si osservano

Figura 40.
Confronti
tra le prevalenze
di diversi tumori
in Italia
(Zanetti et al)



nei tumori della mammella e nel melanoma e nei tumori del corpo uterino (figura 38). I risultati osservati in Italia e in altri paesi europei possono essere confrontati sulla base dei rapporti finali dei progetti EUROCARE e ITACARE, coordinati da ricercatori italiani. Nel complesso le sopravvivenze ottenute in Italia sono buone a paragone del quadro europeo: nella media europea per quanto riguarda i tumori dello stomaco, del colon-retto, del collo dell'utero, lievemente inferiori nel tumore dell'esofago e nei linfomi, migliori nei tumori del testicolo e della mammella. Generalmente i migliori valori in Italia sono uguali o superiori ai massimi osservati a livello europeo, e i peggiori non sono inferiori ai minimi livelli europei.

Prevalenza. La prevalenza costituisce uno dei principali indicatori di domanda di servizi sanitari: dipende dall'incidenza, dalla sopravvivenza e dall'invecchiamento della popolazione. Tutti questi determinanti della prevalenza tendono ad aumentare e incrementano pertanto la quota di casi presenti nella popolazione.

Si stima che complessivamente nel nostro paese vi siano attualmente quasi 1.500.000 persone, il 2,8 per cento della popolazione italiana, che hanno avuto nel corso della vita una diagnosi di tumore e che il numero sia in continuo aumento. Più di 600.000 persone, nelle quali la diagnosi di tumore è stata fatta negli ultimi 5 anni, sono in fase di trattamento o di follow-up. Le donne che hanno avuto una diagnosi di tumore mammario rappresentano da sole circa i 2/5 della prevalenza complessiva. Le proporzioni di prevalenza per gruppi di età indicano la maggior prevalenza nella popolazione adulta/anziana (oltre 65 anni). I tumori a maggior prevalenza (oltre 100 casi per 100.000 abitanti) nel sesso maschile sono rappresentati dal cancro della vescica, del colon retto, della prostata e del polmone, e nel sesso femminile dal cancro della mammella e del colon-retto. Sono evidenti le implicazioni che un simile carico di pazienti, in varie fasi diagnostiche, terapeutiche o di follow-up, comporta per il Servizio sanitario nazionale e per la stessa società italiana.

GUARIGIONE

La proporzione di pazienti che guariscono da un tumore è in continuo aumento. Tra i pazienti diagnosticati nel periodo 1987-89 si stima che la proporzione di quelli che possono ritenersi guariti sia del 25 per cento negli uomini e del 38 per cento nelle donne. Tale

proporzione nel periodo di diagnosi 1978-80 era rispettivamente del 21 per cento e del 29 per cento. La differenza tra sesso maschile e femminile è dovuta prevalentemente alla minor letalità dei tumori specifici della popolazione femminile.

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 ottanta, con un tasso di riduzione di circa il 2 per cento all'anno. Questo trend è tuttavia meno favorevole nelle regioni del Sud e soprattutto nelle donne che presentano tassi ancora in aumento o costanti nell'ultimo triennio. I tumori polmonari rimangono la neoplasie con incidenza e mortalità più elevata con 35.000 nuovi casi e più di 30.000 decessi all'anno. Nonostante la bassa sopravvivenza (10 per cento a 5 anni), la prevalenza è elevata: si stima che 60.000 siano le persone nella popolazione italiana che abbiano avuto un tumore polmonare.

La stretta relazione tra l'abitudine al fumo e la mortalità per tumori polmonari è confermata dalla sovrapponibilità tra la dinamica evolutiva del consumo di tabacco nella popolazione e il trend di mortalità, seppure con uno sfasamento temporale dovuto alla lunga latenza necessaria per lo sviluppo di tali neoplasie.

Tumori della mammella. Dall'inizio degli anni novanta la mortalità per tumore della mammella si sta riducendo di circa il 2 per cento all'anno e il tasso standardizzato per età in Italia è passato da 20 per 100.000 donne durante gli anni ottanta a 18 per 100.000 donne nel 1997. L'incidenza e la prevalenza sono però in costante aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione, della diagnosi più precoce e dell'aumento della sopravvivenza, per quanto riguarda la prevalenza. Nei prossimi anni il numero delle pazienti affette da tumori mammari è destinato ad aumentare con necessità quindi di adeguare il sistema sanitario a una domanda crescente di prestazioni diagnostiche e terapeutiche. La prevalenza di pazienti che hanno avuto una diagnosi di tumore mammario in Italia nel 1992 era di 310.000 donne, pari a una proporzione di 1.070 su 100.000 donne.

La sopravvivenza a 5 anni è aumentata dal 65 per cento all'inizio degli anni ottanta al 75 per cento all'inizio degli anni novanta, il maggior incremento osservato in Europa. La miglior sopravvivenza è legata al miglioramento dei trattamenti medici ma anche alla precocità della diagnosi. Persistono però importanti differenze di sopravvivenza tra diverse aree italiane, a svantaggio delle regioni del Sud. A livello europeo la situazione del cancro della mammella in Italia può essere considerata molto soddisfacente: la sopravvivenza a 5 anni è tra le migliori, inferiore solo ai risultati svizzeri.

Tumori del colon-retto. L'incidenza dei tumori colo-rettali presenta una preoccupante tendenza all'aumento: il numero stimato di nuovi casi è passato da 38.000/anno nel 1990 a circa 50.000 negli ultimi anni. I casi prevalenti, stimati nel 1997, sono circa 200.000, con un aumento di circa 10.000 pazienti ogni anno. La sopravvivenza a 5 anni è comunque aumentata (dal 35,6 per cento nel periodo di diagnosi 1978/80 al 50,1 per cento alla fine degli anni ottanta) e si è allineata nell'ultimo periodo ai valori medi europei.

Questo andamento favorevole si è riflesso sui tassi di mortalità che, nonostante l'aumento di incidenza, sono sostanzialmente stabili negli uomini e in lieve diminuzione nelle donne. L'aumento di sopravvivenza e la conseguente pur lieve riduzione di mortalità debbono essere attribuiti sia a una diagnosi più tempestiva che a una miglior terapia. Le regioni del Sud presentando una minor incidenza ma anche un minor livello di sopravvivenza. 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.

Tumori dello stomaco. Nel 1997 sono stati osservati 12.000 decessi per tumore dello stomaco, e il numero di nuovi casi stimati nello stesso anno è di circa 17.000. Sia l'incidenza che la mortalità sono in diminuzione negli ultimi decenni: il triennio 1995/98 ha fatto registrare, in entrambi i sessi, le più forti riduzioni del tasso di mortalità (15 per cento). La corrispondente diminuzione di incidenza è stata di circa il 10 per cento.

Questo andamento è simile a quello osservato in altri paesi europei, tra i quali comunque l'Italia ha i valori di occorrenza più alti dopo il Portogallo. La sopravvivenza a 5 anni in Italia è passata dal 16 per cento nei pazienti diagnosticati nel periodo 1978/80 al 25 per cento nei pazienti diagnosticati alla fine degli anni ottanta. Permangono importanti differenze territoriali a svantaggio dei pazienti residenti al Sud.

Melanoma. Sia l'incidenza che la mortalità per melanoma sono aumentate in Italia: la mortalità è quasi triplicata nel periodo 1970-1990, ed è poi rimasta sostanzialmente stabile durante gli anni novanta. La frequenza di questa neoplasia è inferiore nelle regioni del Sud. La sopravvivenza a 5 anni è migliorata dal 53 per cento nei pazienti diagnosticati all'inizio degli anni ottanta, al 65 per cento per quelli diagnosticati alla fine degli anni ottanta. La sopravvivenza in Italia è inferiore agli altri paesi Europei, in particolare negli uomini con più di 65 anni. Si stima una prevalenza di circa 50.000 casi.

Tumori della prostata. L'incidenza dei tumori alla 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 tumori di circa il 35 per cento nel quinquennio 1990-1994. L'aumento di incidenza si evidenzia dalla fine degli anni ottanta dopo la diffusione del test PSA, oltre all'agobiopsia prostatica e agli interventi chirurgici per adenoma. Ci si attende nei prossimi anni un ulteriore aumento dei casi incidenti diagnosticati con PSA e con ecografia prostatica transrettale. La sopravvivenza a 5 anni è aumentata dal 38 per cento per i casi diagnosticati nel 1978-81 al 46 per cento per i casi diagnosticati nel 1986-89: è comunque inferiore alla media europea. I tassi di mortalità si sono mantenuti costanti.

La miglior sopravvivenza e l'aumento di incidenza possono essere attribuiti prevalentemente alla anticipazione diagnostica. La diffusione del PSA è ritenuta la causa prevalente dell'aumento di incidenza e in parte dell'aumento della sopravvivenza dei tumori prostatici. Le regioni del Sud sono caratterizzate da più bassi livelli sia di incidenza (quasi la metà di quella rilevata al nord) che di sopravvivenza.

Tumori del collo dell'utero. La mortalità per tumore dell'utero è in marcata riduzione dagli anni settanta in Italia. Le statistiche di mortalità non consentono la distinzione 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 a 1 nel 1995. Nel Nord Italia l'incidenza per tumori 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 a 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: da 63 per cento per i casi diagnosticati nel 1978-81 a 65 per cento per i casi del 1986-89. La sopravvivenza è migliore nelle regioni del Nord rispetto al Sud.

Tumori della vescica. Dalla metà degli anni ottanta la mortalità è in riduzione in entrambi i sessi: il trend è evidente in tutte le aree del paese, ma più marcato al Nord. I tassi di mortalità sono 5, 6 volte più alti negli uomini che nelle donne.

Al contrario, l'incidenza è ancora in aumento ed è tra le più elevate al mondo. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è solo lievemente migliorata (dal 60 per cento al 63 per cento nel decennio inizio e fine anni ottanta). La prognosi sembra più favorevole per i pazienti diagnosticati nelle aree del Centro Nord.

Mesotelioma. Il mesotelioma merita una trattazione a parte, data la stretta correlazione di questa neoplasia con l'esposizione all'asbesto e la sua elevata incidenza nel nostro Paese, con previsioni di ulteriore crescita.

È stato quindi attivato, in recepimento delle direttive comunitarie e in attuazione del Decreto legislativo 277 (art. 36), un Registro nazionale con gli obiettivi di valutare l'incidenza di tale neoplasia, di definire l'esposizione all'amianto, di individuare le fonti di contaminazione e di mettere a punto le strategie e le priorità per il risanamento ambientale. Cinque regioni (Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Puglia) rilevano attivamente i casi, definiscono l'esposizione all'amianto e inviano periodicamente i dati all'ISPELS. Nel periodo compreso tra il 1993 e il 1996 sono stati rilevati 991 casi, 792 dei quali (80 per cento) definiti con diagnosi istologica. Sono in corso di elaborazione i dati relativi al triennio 1997-99.

Il tasso di incidenza annuo standardizzato per l'insieme dei Centri operativi regionali, relativamente ai casi con diagnosi istologica, risulta pari a 1,09 per 100.000 abitanti (1,61 per i maschi e 0,60 per le femmine) per tutte le sedi anatomiche e a 1,03 per il mesotelioma pleurico (1,54 per i maschi e 0,54 per le femmine).

La definizione dell'esposizione è stata effettuata per 438 casi, tutti con diagnosi istologica: 291 (66,4 per cento) di questi sono di origine professionale, 40 casi (9,1 per cento) sono da imputare a esposizioni ambientali, 17 casi (3,9 per cento) risultano causati da esposizioni domestiche.

La valutazione eziologica delle esposizioni professionali, in percentuale rilevante dei casi, conferma quanto già ampiamente riportato in letteratura sulle lavorazioni maggiormente a rischio. Si può sostenere che i casi di mesotelioma emergono con puntualità e in quantità superiore alle attese nelle aree nelle quali viene condotta una rilevazione attiva, sistematica e organizzata della casistica. Il nostro paese infatti subisce oggi, e subirà nei prossimi anni, le conseguenze dei consistenti consumi di amianto proseguiti fino agli inizi degli anni ottanta, le carenze igieniche protrattesi per lungo tempo in numerosi settori produttivi e la tardiva messa al bando dell'uso dell'amianto (legge 257/92).

POSSIBILITÀ DI INTERVENTO

La situazione descritta, insieme alle indicazioni di organismi internazionali e della letteratura, indicano come prioritarie le seguenti possibilità di intervento.

- **Prevenzione primaria.** L'aumento di incidenza complessivo della patologia tumorale, pur in gran parte legato all'aumento della speranza di vita, la elevata incidenza di tumori polmonari, neoplasie notoriamente legate al fumo, e d'altra parte la minor incidenza di tumori nelle regioni del Sud dove sono presenti minor fattori di rischio, confermano l'importanza di interventi educativi, oltre che legislativi, nei confronti dei riconosciuti fattori di rischio (fumo, alcol, alimentazione, ecc.). Specifici capitoli sono dedicati a tali interven-

ti nel Piano sanitario nazionale: è evidente che i risultati, anche se efficaci, sono a lungo termine e non potranno essere osservati nel corso del periodo di validità del Piano sanitario nazionale.

- **Diagnosi precoce.** Il costante aumento della sopravvivenza registrato negli ultimi 20 anni è il risultato dei migliori trattamenti effettuati e di una diagnosi più precoce. In gran parte dei tumori è dimostrato che, quanto più precoce è la diagnosi, maggiori sono le possibilità di guarigione e di sopravvivenza. Dovranno quindi essere resi facilmente disponibili, con abbattimento delle liste di attesa, gli accertamenti diagnostici nei soggetti con sintomi sospetti per neoplasia e le indagini di stadiazione una volta accertata la diagnosi. Per quanto riguarda gli screening nella popolazione asintomatica e a rischio, a oggi le condizioni di efficacia sono accertate solo per lo screening del cancro della mammella e della cervice uterina, mentre una sufficiente evidenza sta emergendo per lo screening dei tumori del colon-retto: per tali neoplasie dovranno essere incentivate e rese disponibili a tutta la popolazione campagne di screening. Risultati molto promettenti stanno inoltre emergendo nello screening dei tumori polmonari con l'utilizzo della TAC spirale in soggetti ad alto rischio.
- **Trattamento.** La riduzione complessiva dei tassi di mortalità, nonostante l'aumento di incidenza, e il costante aumento della sopravvivenza a 5 anni confermano il progressivo miglioramento dei trattamenti effettuati. I dati di sopravvivenza e di mortalità su base di popolazione indicano però che la diffusione e la possibilità di accesso alle terapie ottimali non sono le stesse per tutti i pazienti e variano, anche in modo sostanziale, nel territorio nazionale, in genere a svantaggio delle regioni del Sud. È quindi auspicabile lo sviluppo di una rete assistenziale in forma dipartimentale, che comprenda almeno Unità operative di oncologia medica e di radioterapia, su tutto il territorio nazionale, in particolare nelle regioni del Sud dove sono carenti soprattutto le strutture di Radioterapia. L'organizzazione dipartimentale potrebbe facilitare i percorsi terapeutici e l'integrazione dei trattamenti che sono considerati i principali fattori causali dei migliori risultati ottenuti. Il piano di cura in questa ottica dovrebbe essere concordato tra i vari specialisti coinvolti secondo protocolli ben definiti o linee guida, laddove esistenti: deve essere chiaramente affermato il diritto di ogni paziente ad avere una qualificata consulenza oncologica alla diagnosi di neoplasia. Le ottime sopravvivenze ottenute in Italia nel cancro della mammella, superiori alla media europea, confermano l'efficacia di Forze operative nazionali, sull'esempio di quella attivata per il cancro della mammella (FONCAM): si raccomanda pertanto la attivazione di Gruppi di esperti che discutano, diffondano e aggiornino periodicamente linee guida per la diagnosi e il trattamento di una determinata neoplasia sulla base dei risultati degli studi clinici e delle eventuali metanalisi che siano state successivamente condotte.
- **Anziani.** Il problema del cancro nelle persone anziane ha assunto e assumerà sempre maggior rilevanza nel mondo e in particolare in Italia dove la vita media della popolazione è tra le più elevate: attualmente più del 50 per cento dei tumori si sviluppa nelle persone di oltre 65 anni di età. Dato il progressivo aumento della popolazione anziana, legato alla sempre maggior aspettanza di vita, ci si può aspettare che nei prossimi anni la grande maggioranza dei tumori colpirà persone in questa fascia di età. Non si potrà quindi parlare di reali progressi nella cura e nella prevenzione del

cancro fino a quando non si riuscirà a ridurre l'incidenza e la mortalità per tumori, o almeno a prolungare la sopravvivenza, nelle persone anziane. Dovranno quindi essere incentivati sia gli accertamenti necessari per una diagnosi precoce, sia trattamenti oncologici commisurati alle condizioni generali e all'età del paziente.

- **Sorveglianza.** Le statistiche disponibili indicano che il maggior potenziale guadagno nella lotta contro i tumori può essere ottenuto nelle regioni meridionali, dove meno diffusa è la rete assistenziale oncologica. La scarsa diffusione dei registri tumori in tali regioni rende però difficile una corretta formulazione degli obiettivi e la valutazione degli interventi necessari. È quindi prioritario attivare e incentivare le attività di almeno tre registri tumori nell'area meridionale e consolidare le attività dei registri esistenti e operanti nel territorio nazionale. I registri tumori dovranno rilevare, almeno su base campionaria, anche lo stadio della malattia alla diagnosi e i trattamenti effettuati, allo scopo di valutare la congruenza dei trattamenti alle linee guida e gli effetti degli investimenti.
- **Cure palliative.** La aumentata 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. Si rimanda all'apposito capitolo ("Malati al termine della vita") per la definizione del problema. Si sottolinea però la elevatissima incidenza di terminalità nella patologia tumorale (almeno i 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. A sostegno di tale forma di assistenza si sta rivelando sempre più necessario e urgente stimolare con apposite azioni programmate lo sviluppo della cultura e della formazione in medicina palliativa soprattutto tra gli operatori in ambito oncologico. In attesa e a integrazione della rete assistenziale per le cure palliative (assistenza domiciliare specialistica e strutture residenziali tipo hospice), sarà utile riservare un congruo numero di posti letto per malati terminali oncologici nell'ambito della rete dipartimentale proposta.

BIBLIOGRAFIA

- Berrino F et al. (a cura di). *Survival of Cancer Patients in Europe. The EURO CARE Study*. Lyon: IARC Scientific Publications No 132, 1995.
- Berrino F et al. (a cura di). *Survival of Cancer Patients in Europe. The EURO CARE-2 Study*. Lyon: IARC Scientific Publications No 151, 1999.
- Chellini E et al. Linee guida per la rilevazione e la definizione dei casi di mesotelioma maligno e la trasmissione delle informazioni all'ISPESL da parte dei Centri operativi regionali. *ISPESL Fogli d'Informazione* 1996; 1: 19-106.
- Gatta G et al. Variations in the survival of adult cancer patients in Italy. *Tumori* 1997; 83: 497-504.
- Merler E et al. Andamento temporale della mortalità per tumore primitivo pleurico e incidenza del mesotelioma pleurico in Italia: una situazione particolarmente grave. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 316-26.
- Parkin DM et al. (a cura di). *Cancer Incidence in Five Continents, Vol VII*. Lyon: IARC Scientific Publications No 143, 1997.
- Peto J et al. The European mesothelioma epidemic. *Br J Cancer* 1999; 79: 666-72.
- Zanetti R et al. *Fatti e cifre dei tumori in Italia. Associazione italiana Registri tumori. Lega italiana per la lotta contro i tumori*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1998.
- Rosso S et al. *Sopravvivenza dei casi di tumore in Italia negli anni novanta; I dati dei registri tumori*. *Epidemiol Prev*. In corso di pubblicazione.

Malattie infettive

L'impatto delle malattie infettive in Italia è ancora grande soprattutto in termini di morbosità, mentre la mortalità rimane un tributo particolarmente pesante nelle classi di età più giovani, a causa dei pazienti affetti da AIDS, e negli anziani con patologie croniche che vanno incontro a peggioramento delle loro condizioni di salute in occasione delle epidemie stagionali di influenza.

La frequenza di alcune malattie infettive «storiche» come la febbre tifoide e la brucellosi, legate a inadeguate condizioni igieniche o ambientali e a stili di vita rurali, è andata progressivamente diminuendo nel nostro Paese; altre gravi malattie, come la poliomielite e la difterite, sono addirittura scomparse grazie agli interventi di prevenzione primaria mirati quali le vaccinazioni infantili, che hanno permesso la costituzione, nella popolazione, di una solida immunità nei confronti di queste infezioni.

Tuttavia, a fronte di questi successi, è necessario ricordare che nuove abitudini di vita (alimentari, sessuali, sanitarie, turistiche, eccetera), l'aumento numerico di soggetti anziani o immunodepressi e le modifiche ambientali hanno creato le condizioni per una sempre maggiore diffusione di infezioni sia batteriche che virali e parassitarie che non sempre hanno riscontro in quadri clinici caratteristici e riconosciuti.

Dati sull'incidenza delle malattie infettive sono forniti dal Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive cui afferiscono le notifiche previste dalla legge.

Pur rappresentando una importante fonte di informazioni, il sistema risente degli effetti di sottonotifica dovuti sia alla sua stessa natura di sorveglianza passiva, e quindi ineliminabili, sia alla non corretta percezione, in parte della classe medica, dell'utilità e delle finalità della rilevazione epidemiologica; nondimeno il sistema consente di stimare e valutare per intervalli temporali l'andamento delle malattie infettive nella popolazione e fornisce la base per la programmazione di interventi finalizzati.

Malattie infettive prevenibili con vaccinazione. L'attuazione di strategie vaccinali di massa ha consentito di ottenere, nella maggior parte dei Paesi sviluppati, il controllo e l'eliminazione di molte malattie infettive che un tempo provocavano un gran numero di vittime e, non di rado, gravi invalidità nei sopravvissuti.

L'Italia ha aderito ufficialmente al Programma esteso di vaccinazione (EPI), ora denominato Programma globale per le vaccinazioni e i vaccini (GPV), lanciato dall'OMS nell'ambito del piano «Salute per tutti nell'anno 2000». Tale programma permette di prevenire ogni anno, nel mondo, almeno tre milioni di morti dovute a malattie quali morbillo, pertosse, difterite, tetano neonatale, nonché di evitare almeno 400.000 casi di poliomielite paralitica.

Il programma, anche attraverso campagne di vaccinazione collettiva consente alti ritorni economici non solo in termini di prevenzione di malattia, e di evitare mortalità precoci e disabilità, ma anche in termini di miglioramento generale dello stato di salute della popolazione.

Contrastare le principali patologie. In accordo con le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità per il raggiungimento degli obiettivi del GPV il Piano sanitario 1998-2000 ha proposto il raggiungimento, nei bambini di età inferiore a 24 mesi, di coperture vaccinali non inferiori al 95 per cento, oltre che per le vaccinazioni obbligatorie (antidifterica, antitetanica, antipolio, antiepatite virale B) anche per le vaccinazioni raccomandate (antimorbillo, antiparotite, antirosolia, anti *Haemophilus influenzae b*).

Inoltre, lo stesso PSN ha indicato, per l'influenza, l'obiettivo della copertura pari o superiore al 75 per cento della popolazione di età superiore a 64 anni.

Vaccinazioni obbligatorie. La situazione, per ciò che concerne le coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie, può essere considerata più che soddisfacente. I dati forniti dalle Regioni e indagini eseguite ad hoc dall'Istituto Superiore di sanità consentono di affermare che la copertura vaccinale media sul territorio nazionale nei confronti di difterite, tetano, epatite B è pari o superiore al 95 per cento della popolazione bersaglio indicata dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 (bambini di età inferiore a 24 mesi di vita) mentre la copertura vaccinale media per la poliomielite arriva al 98 per cento.

Permangono ancora, anche nel campo delle vaccinazioni obbligatorie, alcune differenze anche notevoli tra regione e regione, particolarmente evidenti per ciò che concerne la copertura vaccinale contro l'epatite B negli adolescenti, stimata nel 60-70 per cento della popolazione bersaglio.

Purtroppo, anche a causa di fenomeni di abbandono scolastico, che fanno venire a mancare la funzione filtro della scuola e la possibilità di raggiungere i soggetti da vaccinare mediante campagne eseguite in ambito scolastico, le coperture vaccinali più basse negli adolescenti vengono osservate proprio nelle regioni in cui era maggiore, prima dell'introduzione dell'obbligatorietà della vaccinazione, l'incidenza dell'epatite B.

Vaccinazioni raccomandate. Non sempre altrettanto soddisfacente può essere definita la situazione per ciò che concerne le coperture per le vaccinazioni raccomandate anche se, dopo l'emanazione dei Piani sanitari nazionali 1994-96 e 1998-2000 e del Piano nazionale vaccini (Provvedimento conferenza permanente per i rapporti tra stato, regioni e province autonome) sono stati realizzati notevoli progressi.

La copertura vaccinale media nei confronti della pertosse raggiunge ormai l'80 per cento della popolazione bersaglio, pur con inevitabili differenze tra regioni e regioni: va sottolineato come talvolta tali differenze possano essere più apparenti che reali: infatti, i riepiloghi inviati al Ministero della sanità riportano esclusivamente le vaccinazioni eseguite presso i servizi vaccinali del SSN o da pediatri che hanno stipulato specifici accordi per l'esecuzione delle vaccinazioni ma non quelle eseguite da professionisti che operano al di fuori del SSN.

Anche la copertura nei confronti del morbillo è aumentata, da quando la vaccinazione antimorbillo-parotite-rosolia (MPR) viene offerta dalle regioni nell'ambito di programmi regionali di immunizzazione: la copertura per MPR nei bambini fino a 24 mesi è in media del 70 per cento, ancora insufficiente per il controllo della malattia, ma di gran lunga superiore a quella registrata agli inizi del decennio, epoca in cui non superava il 40 per cento. In aumento è anche la copertura per le infezioni invasive da *Haemophilus influenzae b* (Hib), che a distanza di pochi anni dalla commercializzazione del vaccino e dalla inclusione di questa vaccinazione nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 e nonostante cospicue differenze nella sua offerta da parte delle Regioni ha già raggiunto in media il 60 per cento della popolazione bersaglio.

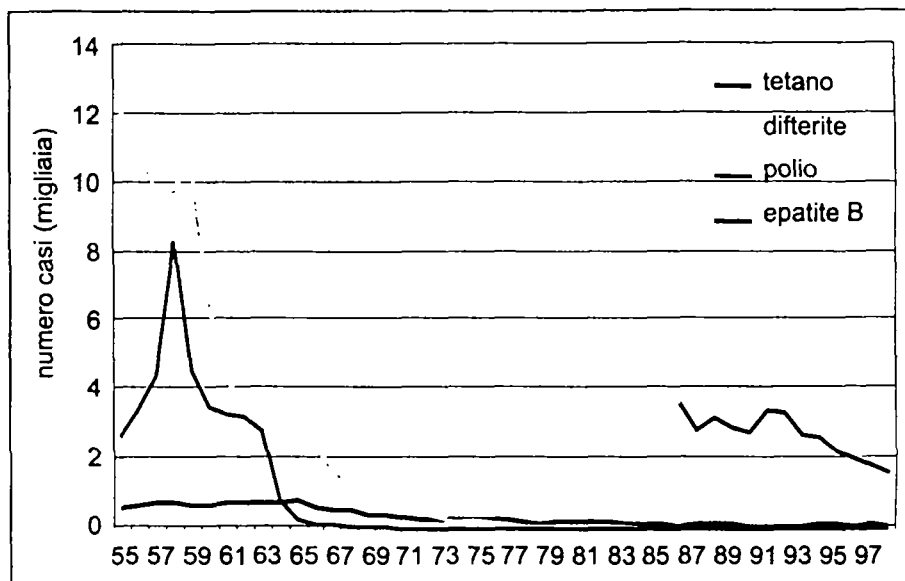
Per quanto riguarda la copertura vaccinale antinfluenzale raggiunta nella campagna 1999-2000, i dati forniti dalle regioni consentono di stimare una copertura media pari al 41 per cento della popolazione bersaglio.

I risultati. Nella figura 41 è riportata la morbosità per malattie infettive per le quali la vaccinazione è obbligatoria e le coperture vaccinali raggiunte sono elevate.

Figura 41.
Incidenza
di malattie infettive
prevenibili
con vaccinazioni
obbligatorie.

* fonti dei dati:
anni 1955-83
ISTAT; 1984-99
Ministero sanità

**le epatiti virali
sono notificabili,
in base all'agente
eziologico,
soltanto dal 1986



Grazie alla pratica, ormai quasi quarantennale, della vaccinazione antipoliomielitica universale, l'Italia è libera da poliomielite dalla seconda metà degli anni ottanta (ultimi casi autoctoni nel 1982, ultimo caso importato nel 1988); la difterite può ormai essere considerata eliminata (negli anni 90 sono stati osservati casi sporadici, uno dei quali importato e l'ultimo caso di questa malattia, peraltro dovuto a un ceppo di *Corynebacterium ulcerans* si è verificato nel 1998 in una donna anziana); il tetano continua a colpire ogni anno un centinaio persone, non vaccinate e, per oltre l'80 per cento, di età superiore a 65 anni. Occorre ricordare che dagli anni ottanta non si registrano casi di tetano in neonati, bambini e ragazzi.

L'incidenza dell'epatite virale B, in declino già dalla seconda metà degli anni ottanta grazie alla messa in atto di controlli su sangue ed emoderivati, all'uso di materiale per iniezione monouso e al miglioramento degli standard sociosanitari nel paese mostra una diminuzione ancora più marcata dopo l'applicazione uniforme, sull'intero territorio nazionale della legge 165/91, con la quale veniva introdotta l'obbligatorietà della vaccinazione per nuovi nati e adolescenti.

L'incidenza totale di epatite virale B nel 1999 è stata pari a 2,7 casi per 100.000 abitanti, con una diminuzione del 55 per cento rispetto al 1992. Prendendo in considerazione le classi di età direttamente interessate dall'intervento vaccinale, nel 1999 l'incidenza nella classe di età 15-24 è stata pari a 4,3 e in quella 0-14 anni pari a 0,6 casi per 100.000, con diminuzioni, rispettivamente, del 66 per cento e del 72 per cento rispetto al 1992. L'impatto della vaccinazione risulta tanto più evidente nelle Regioni in cui erano maggiori, prima dell'obbligatorietà della vaccinazione, la diffusione dell'epatite virale B e la prevalenza di portatori cronici di HBsAg, in primo luogo Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna.

Le coperture vaccinali basse o comunque non adeguate contro pertosse, morbillo, parotite e rosolia si sono dimostrate invece insufficienti a controllare la circolazione degli agenti patogeni di tali malattie, che in Italia presentano ancora il caratteristico andamento endemo-epidemico delle epoche precedenti l'introduzione delle vaccinazioni, pur registrandosi, almeno nel periodo più recente e almeno per morbillo, pertosse e rosolia

una tendenza alla diminuzione dell'incidenza; al contrario, non sembrerebbe modificata l'epidemiologia della parotite epidemica.

L'incidenza delle meningiti da *Haemophilus influenzae b* mostra, nel periodo 1994-1999, un decremento del 40 per cento fra inizio e fine periodo. Anche se è prematuro trarre conclusioni, ci si aspetta che all'incremento delle coperture vaccinali faccia seguito un effetto di immunità di gregge in grado di ridurre la frequenza non solo delle meningiti da Hib ma anche delle altre forme invasive sostenute da questo germe, per le quali al momento non vengono raccolti dati in forma routinaria.

Il monitoraggio dell'influenza che, nella sua acuzie stagionale, richiede metodi di rilevazione tempestivi e conferma virologica, nella stagione 1999-2000 è stato effettuato da una rete di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che ogni settimana ha permesso di stimare il numero di italiani affetti dai sintomi dell'influenza nel periodo compreso tra la quarantaduesima settimana del 1999 e la diciassettesima del 2000. Come per tutte le malattie infettive, l'incidenza dell'influenza è maggiore nelle fasce in cui sono più numerosi i soggetti suscettibili.

Nelle epidemie influenzali tale quota è rappresentata dai bambini che, data l'età, hanno avute ridotte occasioni di pregresse esposizioni a qualsiasi virus influenzale. L'epidemia ha raggiunto l'acme su tutto il territorio nazionale nel giro di pochissime settimane con una punta nella seconda settimana del 2000 (13,26 per mille assistiti). Complessivamente si stima che, nella stagione 1999-2000, circa il 10 per cento della popolazione italiana (pari a circa 5 milioni di persone) abbia contratto l'influenza.

Al momento, l'influenza rimane ancora oggi una delle maggiori cause di morbidità e di mortalità nel mondo e comporta un considerevole impatto non solo sul singolo individuo ma anche sulla collettività in termini di consumo di risorse sanitarie. Al fine di monitorare epidemiologicamente e virologicamente tale malattia in periodi interpandemici è stato stilato un protocollo di intesa fra istituzioni centrali e periferiche, che avvia un sistema di sorveglianza routinaria; al fine di fronteggiare un'eventuale nuova pandemia influenzale, si sta predisponendo un Piano nazionale d'azione.

Tubercolosi. La tubercolosi (TBC) è una patologia la cui frequenza è diminuita in modo costante dall'inizio del secolo fino alla metà degli anni ottanta, epoca in cui, in Italia, l'incidenza si è assestata intorno a valori pari a 7 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. A partire dall'inizio degli anni novanta è stato registrato un lieve aumento del numero dei nuovi casi di TBC, fino a toccare un massimo di 9 casi /100.000 nel 1995. Nel 1999 l'incidenza di casi notificati è stata pari a 8,3/100.000. Tale aumento è legato in parte anche alla modifica della definizione di caso notificabile, che dal 1987 richiede la segnalazione di tutti i nuovi casi di TBC e non solo di quelli "contagiosi" come precedentemente definito. L'aumento dell'incidenza della TBC ha interessato soprattutto le forme extrapolmonari la cui frequenza, inferiore a 1 caso/100.000 prima degli anni novanta, ha raggiunto 2 casi per 100.000 nel 1999. L'incidenza della tubercolosi polmonare si è invece stabilizzata su 6 casi/100.000 dalla fine degli anni ottanta a oggi (figura 42).

Le classi di età che presentano l'incidenza più elevata di TBC sono quelle anziane (nel 1999 l'incidenza di TBC è stata pari a 15,6/100.000 negli ultrasessantacinquenni e a 12/10.000 nella classe di età 65-74 anni); a metà degli anni novanta si è però osservato un aumento della incidenza di TBC anche tra i giovani adulti (25-44 anni), da attribuire all'aumentato contributo dei due principali gruppi a rischio, persone con infezione HIV

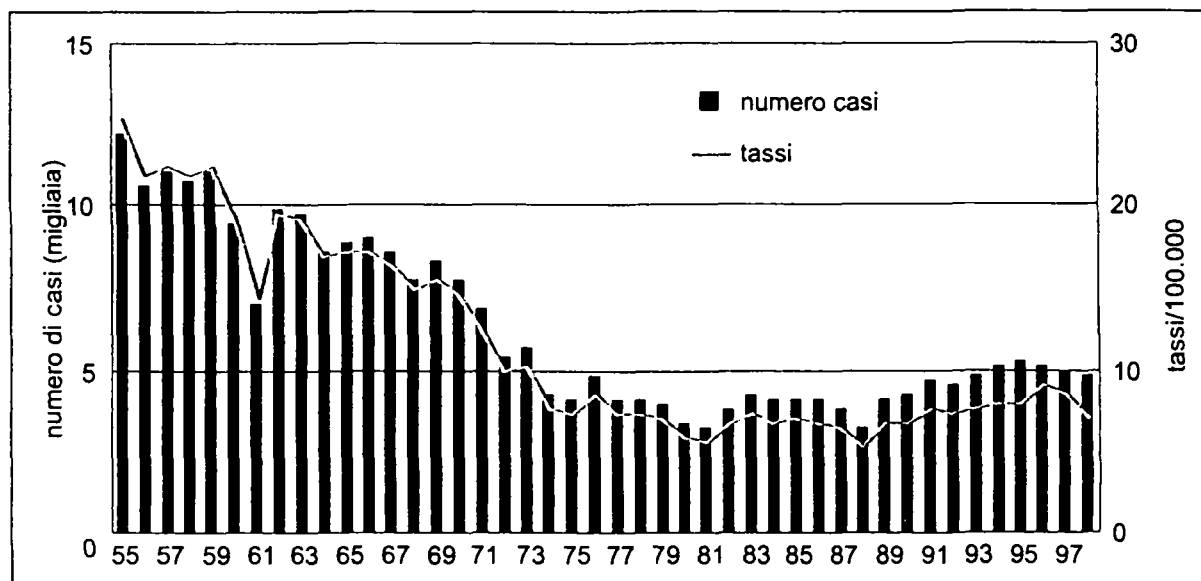


Figura 42. Numero di casi di TBC (polmonare ed extrapolmonare) e tassi standardizzati (popolazione 1971), Italia, 1955-1999

e immigrati provenienti da zone endemiche. Dal 1997 è stata osservata una inversione di tale tendenza, con un ritorno delle incidenze ai valori osservati all'inizio del decennio: nel 1999, nella classe di età 25-34 anni l'incidenza è stata pari a 7,9 (era 8,0/100.000 nel 1990) e nella classe di età 35-44 anni a 7,3 (era 6,8/100.000 nel 1990). Tale fenomeno può essere probabilmente attribuito alla riduzione della frequenza di TBC tra le persone con infezione HIV come effetto delle nuove terapie antiretrovirali.

AIDS. Nel primo semestre del 2000 sono stati notificati 938 nuovi casi di AIDS, di cui 568 (60,5 per cento) diagnosticati nello stesso semestre e 370 riferiti a diagnosi effettuate nei semestri precedenti.

Si conferma la diminuzione dei casi di AIDS a partire dal 1996, (figura 43) che sembra però attribuibile all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate, piuttosto che alla riduzione del numero di nuovi infetti con HIV. Il numero cumulativo di casi di AIDS notificati al COA (Centro operativo AIDS-Istituto superiore di sanità) dall'inizio dell'epidemia (anno 1982) al 30 giugno 2000, è stato pari a 46.534. Di questi, 36.308 (78 per cento) sono di sesso maschile, 688 (1,5 per cento) in età pediatrica (<13 anni) e 2.231 (4,8 per cento) stranieri. Il 73,6 per cento del totale dei casi si concentra nella fascia d'età 25-39 anni (tabella 31) e l'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, risulta essere in costante incremento (figura 44) per cui nel 2000 è stata pari a 37 anni per i maschi e di 35 anni per le femmine. Il 67,3 per cento dei casi notificati, pari a 31.332 pazienti, risultano deceduti al 30 giugno 2000 (valore sottostimato a causa della non obbligatorietà della notifica di decesso).

La sopravvivenza dopo la diagnosi di AIDS è aumentata nel tempo e si stimano circa 14.000 persone affette da AIDS viventi alla fine del 2000. Territorialmente si evidenziano, così come riscontrato sin dalla prima fase dell'epidemia, incidenze più elevate al nord (Lombardia, Liguria, Emilia Romagna) e in alcune aree del centro (Roma e Lazio) rispetto alla gran parte del sud della penisola; nelle prime regioni, inoltre, nell'anno 2000 si è evidenziata una riduzione dei tassi di incidenza più marcata. La distribuzione dei casi adulti

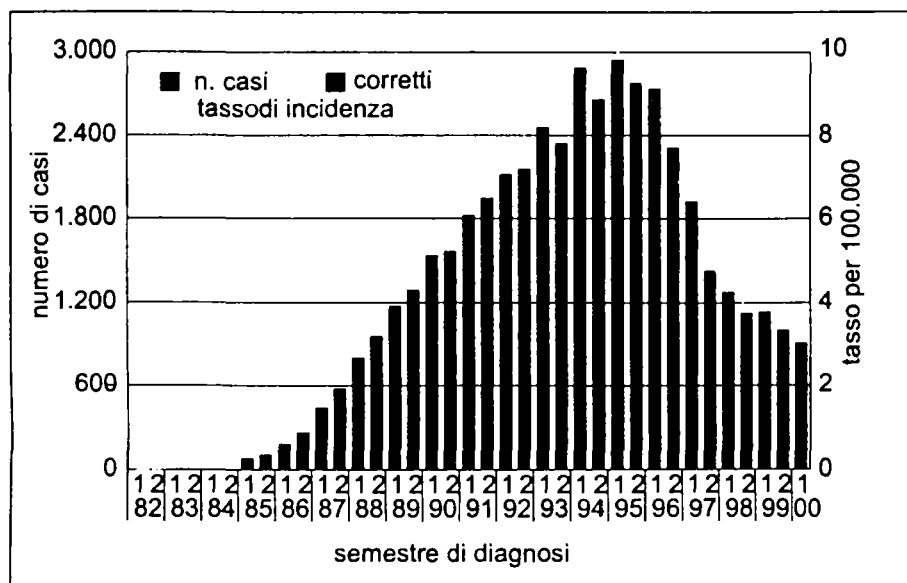


Figura 43.
Casi di AIDS
in Italia
per semestre
di diagnosi,
corretti per ritardo
di notifica
e tasso annuale
di incidenza
al 30-06-2000

per anno di diagnosi e categoria di esposizione mostra come il 63,3 per cento del totale dei casi sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossicodipendenti + tossicodipendenti/omosessuali). Nel tempo è presente un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale (omosessuale ed eterosessuale) e una diminuzione delle diagnosi di infezioni nei tossicodipendenti (dovuta sia alla diminuzione del numero di persone che usano sostanze stupefacenti per via endovenosa che alla diminuzione della circolazione virale conseguente al cambiamento dei comportamenti associati all'uso di droga). È da sottolineare che dal 1993 non vengono registrati nuovi casi di infezione in emofilici.

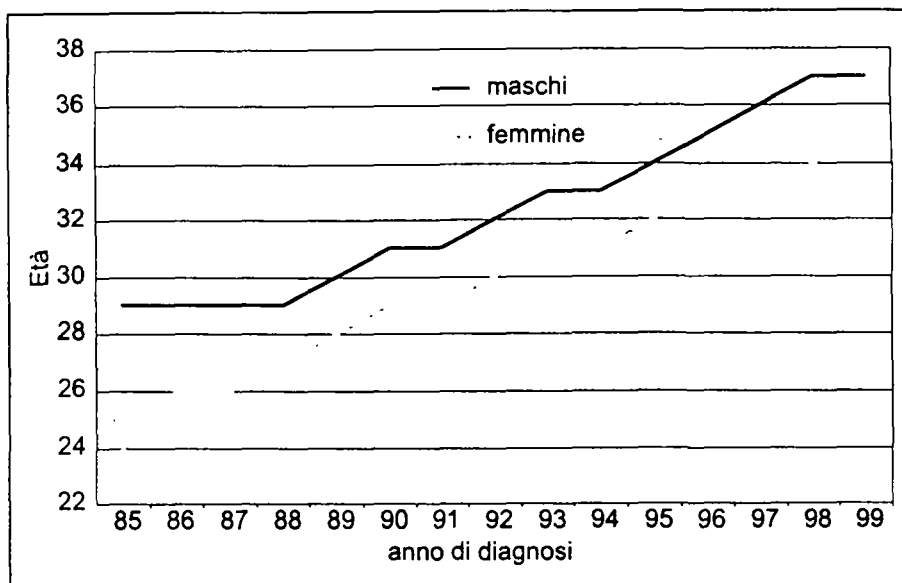
Malattie a trasmissione alimentare. Recentemente la sicurezza alimentare è divenuta uno dei punti di maggiore interesse della sanità pubblica a causa dei modificati sistemi di approvvigionamento degli alimenti (catene alimentari molto più lunghe che in passato), alla modifica della popolazione esposta a rischi acquisibili col cibo (aumento di soggetti in condizioni critiche, di immunodepressione e maggiore suscettibilità), alla modifica dei comportamenti sociali (ricorso alla ristorazione collettiva), alle mutate condizioni ambientali (modifiche di nicchie ecologiche).

Le tossinfezioni alimentari sono un problema universale. L'incidenza globale è difficile da stimare, anche perché una enorme parte di episodi non arriva neanche all'attenzione del medico o non viene segnalata.

Gli agenti eziologici delle infezioni veicolate da alimenti includono parassiti, batteri, virus e anche agenti nuovi come quello della variante della malattia di Creutzfeld-Jakob associato alla encefalite spongiforme bovina.

La sorveglianza routinaria dei focolai epidemici di malattie trasmesse da alimenti, permette di stimare il ruolo sostenuto dalle diverse tipologie di alimenti nel veicolare gli agenti responsabili di malattia: nella tabella 33 sono riportati i dati relativi alle notifiche pervenute al Ministero della sanità nel periodo 1991-1999. Le percentuali riportate nelle celle indicano, in percentuale, quanti focolai epidemici sono da attribuire, al contempo, a un alimento contaminato da un certo tipo di agente. I totali in riga e in colonna evidenziano, rispettivamente, l'impatto della contaminazione degli alimenti e il tipo di contami-

Figura 44.
Età mediana
alla diagnosi
di AIDS per sesso
e anno di diagnosi



nante sul totale. Tra le malattie, rare ma molto gravi, a trasmissione alimentare è da segnalare il botulismo, dovuto all'ingestione di tossina preformata contenuta in alimenti in cui le spore di *Cl. botulinum* germinano in condizioni di anaerobiosi. L'Italia è il paese dell'Unione Europea che segnala il maggior numero di casi di botulismo (in media, 35 ogni anno nel periodo 1990-99). Molti di questi casi si verificano nelle regioni meridionali, verosimilmente a causa della tradizione di produrre conserve domestiche ancora presente in quelle regioni. I problemi relativi alla disponibilità di siero antibotulinico, farmaco che se somministrato immediatamente dopo l'insorgenza dei sintomi di intossicazione può avere effetti risolutivi, sono stati da tempo superati ricorrendo all'acquisto all'estero del prodotto.

I batteri del genere *salmonella* rappresentano la maggior parte degli agenti identificati nell'eziologia dei casi di tossinfezione alimentare. In Italia la sorveglianza degli isolamenti di *salmonella* riporta circa 10.000 identificazioni ogni anno e un numero analogo di casi sporadici di malattia viene notificato al Ministero della sanità.

La febbre tifoide, una delle salmonellosi maggiori più conosciute, nel passato aveva la sua età di massima incidenza tra i 10 e i 14 anni. Pur in assenza di specifiche misure di controllo, la sua frequenza è diminuita progressivamente fino ai nostri giorni. In controtendenza con quelle tifoidee sono tutte le altre salmonellosi, che hanno fatto registrare, a partire dalla fine degli anni ottanta un notevole incremento della loro frequenza. Gran parte di questo incremento è dovuto alla diffusione internazionale del sierotipo *S. enteritidis*, veicolato da uova e pollame. Tra le infezioni virali veicolate dagli alimenti è importante in Italia l'epatite virale A, che presenta un andamento caratterizzato da flessioni e ampi incrementi di dimensioni epidemiche. Nel 1999 sono stati registrati circa 1.700 casi di malattia. L'ultimo picco riportato a livello nazionale si è verificato tra il 1996 e il 1997 con circa 9.000 casi di malattia ogni anno (tasso medio nazionale di 16 casi per 100.000 nel biennio), quasi totalmente attribuibile a un'estesa epidemia che in Puglia si è protratta per i due anni con tassi di incidenza regionali fino a 128 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per la stragrande maggioranza dei casi segnalati l'acquisizione della infezione era correlata con il consumo di frutti di mare. Nella valutazione dell'impatto delle malattie trasmesse

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 31. Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per fasce di età e per sesso negli anni 1989, 1993 e 1999

anno di diagnosi	maschi			femmine			totale (1982-2000*)		
	1989	1993	1999	1989	1993	1999	maschi	femmine	totale
	n. 2015	n. 3749	n. 1591	n. 453	n. 1048	n. 471	n. 36308	n. 10226	n. 46534
età (anni)									
0	0,5	0,2	0,3	1,7	1,2	0,5	0,3	1,3	0,6
1-4	0,7	0,3	0,1	2,4	0,9	0,0	0,3	1,3	0,5
5-9	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,6	0,3
10-12	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
13-14	0,0	0,0	0,0	0,6	0,9	0,0	0,1	0,1	0,1
15-19	0,5	0,1	0,0	0,9	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3
20-24	9,5	2,1	1,0	19,6	4,7	3,8	3,9	7,9	4,8
25-29	36,0	20,8	6,6	41,1	34,6	15,5	20,5	28,6	22,3
30-34	25,9	37,5	23,3	21,7	32,7	28,5	32,0	31,5	31,9
35-39	11,5	18,1	28,9	5,6	14,0	25,7	20,1	15,4	19,1
40-49	10,0	13,1	23,7	2,4	7,3	16,0	14,3	8,1	13,0
50-59	3,7	5,0	10,4	2,4	2,2	5,1	5,4	2,8	4,9
>60	1,6	2,5	5,4	1,5	1,1	4,6	2,3	1,8	2,2

* primo semestre 2000

Tabella 32. Distribuzione dei casi di AIDS in adulti per categoria di esposizione e per anno di diagnosi

categoria di esposizione	1982-93	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000*	totale	maschi	femmine
omosessuali	3375	875	825	753	497	410	342	122	7.199	7.199	0
%	15,8	15,9	14,6	15,1	15,0	17,4	16,7	21,5	15,7	20,0	0,0
tossico dipendenti	14.297	3.433	3.422	2.951	1.780	1.114	921	221	28.139	22.403	5.736
%	66,7	62,5	60,7	59,2	53,7	47,2	44,9	38,9	61,4	62,3	58,1
TD-OMO**	513	118	103	69	49	26	0	9	887	887	0
%	2,4	2,2	1,8	1,4	1,5	1,1	0,0	1,6	1,9	2,5	0,0
emofilici	224	31	28	23	10	4	4	1	325	316	9
%	1,1	0,6	0,5	0,5	0,3	0,2	0,2	0,2	0,7	0,9	0,1
trasfusi	243	37	50	36	15	9	15	1	406	230	176
%	1,1	0,7	0,9	0,7	0,5	0,4	0,7	0,2	0,9	0,6	1,8
contatti etero	2.525	905	1.099	1.034	680	598	655	189	7.685	4.098	3.587
%	11,8	16,5	19,5	20,7	20,5	25,3	31,9	33,3	16,8	11,4	36,3
altro/non determinati	254	93	114	121	283	201	114	25	1.205	838	367
%	1,2	1,7	2,0	2,4	8,5	8,5	5,6	4,4	2,6	2,3	3,7
totale	21.431	5.492	5.641	4.987	3.314	2.362	2.051	568	45.846	35.971	9.875

* primo semestre 2000

**TD-OMO = tossicodipendenti/omosessuali.

Tabella 33 . Focolai epidemici di infezione, tossinfezione, intossicazione di origine alimentare notificati nel periodo 1991/1999. distribuzione per agente etiologico e veicolo di trasmissione

	uova e alimentan a base di uova	insaccati	carni	prodotti ittici	latte e derivati	orto frutticoli	cibi in scatola	altri cibi	acqua	non noto	totale
batteri											
B. cereus	0,08%	-	-	0,04%	-	0,04%	-	-	-	0,04%	0,21%
Brucella	-	-	0,08%	-	0,42%	-	-	-	-	0,17%	0,68%
Campylobacter	0,04%	-	-	-	-	-	-	-	-	0,08%	0,13%
C. difficile	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,08%	0,08%
C. perfringens	0,08%	-	0,38%	0,08%	-	-	-	-	-	0,13%	0,68%
E. coli	0,04%	-	0,04%	-	-	-	-	0,04%	0,13%	0,04%	0,30%
Salmionella	43,72%	0,85%	3,22%	1,74%	0,97%	0,21%	0,13%	2,29%	0,38%	40,75%	94,24%
Shigella	-	-	-	-	-	-	-	-	0,04%	-	0,04%
stafilococco	0,34%	-	0,25%	0,04%	0,47%	0,08%	-	0,30%	0,04%	0,85%	2,37%
virus											
virus epatite A	-	-	-	0,08%	0,04%	-	-	0,21%	0,04%	0,89%	1,27%
totale	44,31%	0,85%	3,98%	1,99%	1,90%	0,34%	0,13%	2,84%	0,63%	43,04%	100,00%

da alimenti è necessario tenere conto, oltre che dell'elevato numero di casi, anche alla perdita economica legata alle giornate lavorative perse dai pazienti affetti e alle ricadute economiche sulle attività commerciali di produzione, trasformazione e distribuzione di alimenti.

Infezioni ospedaliere. Le infezioni ospedaliere (infezioni che si manifestano in pazienti ricoverati, i quali non avevano una infezione in atto al momento del ricovero) rappresentano un fenomeno frequente, a volte grave, prevenibile in almeno un terzo dei casi. La frequenza di infezioni ospedaliere rappresenta un indicatore della qualità dell'assistenza prestatata, poiché l'adozione di alcune pratiche assistenziali "sicure" consente di prevenire o controllare il rischio della loro trasmissione.

A partire dall'inizio degli anni ottanta, sono stati condotti in Italia numerosi studi per quantificare l'entità di questo fenomeno e descriverne le principali caratteristiche. Non esiste, tuttavia, un sistema di sorveglianza nazionale e ciò non per dimenticanza o disinteresse, ma perché per ottenere dati affidabili sono necessari sistemi di rilevazione "attiva" dei dati che richiedono personale dedicato.

La normativa italiana si è allineata agli standard internazionali già a metà degli anni ottanta: nel 1985, infatti, la Circolare ministeriale n. 52 raccomandava la creazione in ciascun presidio ospedaliero di un Comitato di controllo delle infezioni ospedaliere e l'impiego di una o più infermiere epidemiologhe (una ogni 250 posti letto) nei programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni. Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 ha ribadito la necessità di avviare programmi di controllo di questo fenomeno, basati sulla creazione di un Comitato di controllo multidisciplinare, sulla disponibilità di personale dedicato e adeguatamente formato, sulla definizione di politiche e protocolli scritti; l'obiettivo è ridurre del 25 per cento in tre anni le infezioni ospedaliere prevenibili (quelle cioè attribuibili a pratiche assistenziali).

Anche se non esiste in Italia un sistema di sorveglianza stabile, sono stati condotti nume-

rosi studi multicentrici i quali hanno dimostrato che la frequenza di infezioni ospedaliere è sovrapponibile e probabilmente superiore a quella rilevata dal sistema di sorveglianza statunitense negli ultimi 30 anni (NNIS) o da studi multicentrici in paesi del Nord Europa. Solo gli studi di prevalenza riportano valori più bassi, ma ciò come effetto di differenze nel tipo di pazienti ricoverati e nella accuratezza diagnostica. Tutti gli studi di incidenza effettuati in Italia in reparti o pazienti a rischio riportano incidenze tendenzialmente elevate di infezioni.

Le caratteristiche epidemiologiche delle infezioni ospedaliere (localizzazioni più frequenti, patogeni coinvolti, procedure e pazienti a rischio) sono simili a quelle descritte dal NNIS statunitense: è quindi possibile fare riferimento ai dati riportati da questo sistema per delineare il quadro epidemiologico delle infezioni ospedaliere anche in Italia.

Sulla base delle indicazioni della letteratura e degli studi multicentrici effettuati in questi anni, si può stimare che in Italia dal 5 all'8 per cento dei pazienti ricoverati contragga una infezione ospedaliere: ogni anno si verificano, quindi, in Italia dalle 450.000 alle 700.000 infezioni in pazienti ricoverati in ospedale (soprattutto infezioni urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi). Poiché le infezioni ospedaliere potenzialmente prevenibili rappresentano il 30 per cento circa di quelle insorte, si può stimare che ogni anno si verifichino dalle 135.000 alle 210.000 infezioni prevenibili e che queste siano direttamente causa del decesso nell'1 per cento dei casi (dai 1.350 ai 2.100 decessi circa prevenibili in un anno).

È stata recentemente effettuata un'indagine con l'obiettivo di rilevare informazioni su quanti e quali ospedali abbiano avviato programmi di intervento sulle infezioni ospeda-

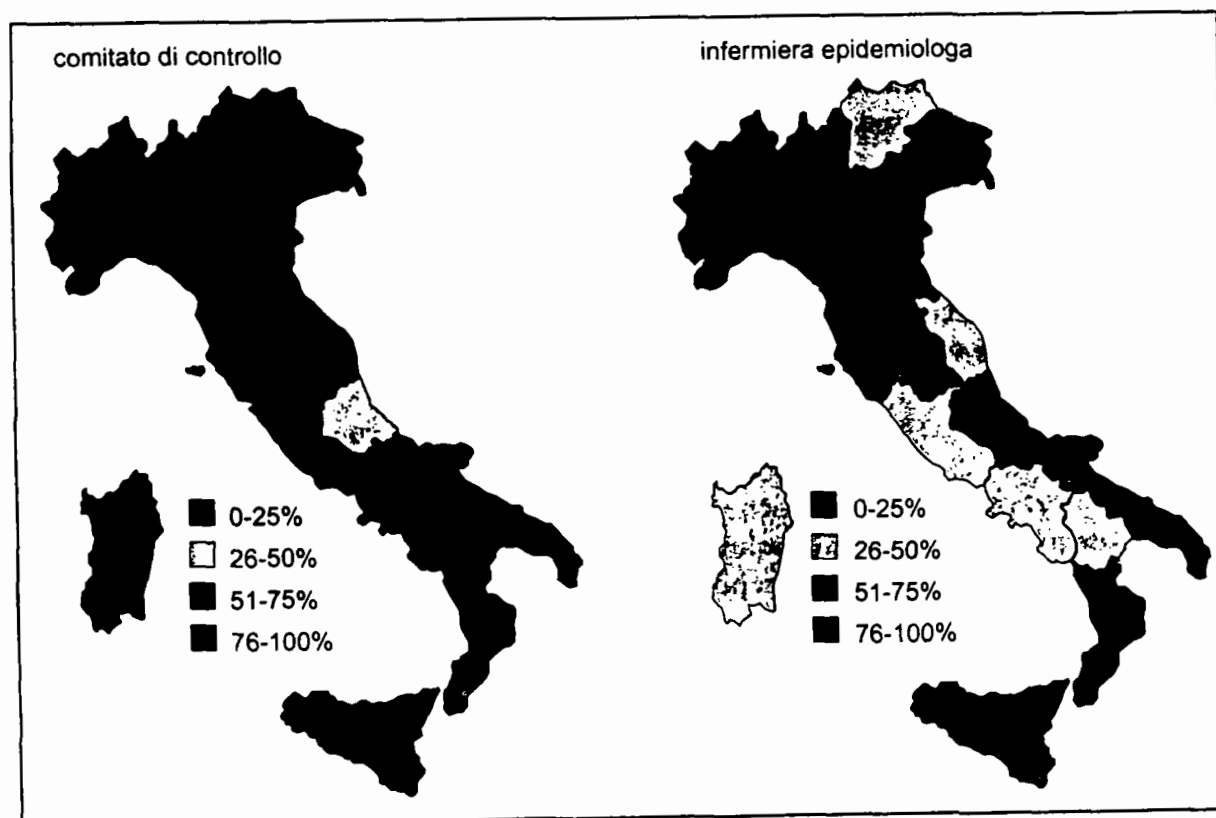


Figura 45. Infezioni nosocomiali: ospedali con comitato di controllo e infermiera epidemiologa

liere. Nel 1990, su 535 presidi ospedalieri campionati, 428 hanno risposto (rispondenza 80 per cento), indicando la frequenza con cui sono state attivate le diverse componenti dei programmi di controllo (figura 45). Nel 1980 risultava che appena il 14 per cento degli ospedali si era dotato di un Comitato di controllo, l'11 per cento di un medico responsabile, l'8 per cento di una infermiera per il controllo delle infezioni.

L'infezione da *L. pneumophila* è un'importante causa di polmonite nell'anziano e nell'adulto immunocompromesso e, dato che il batterio responsabile vive nell'acqua, non è infrequente che gli impianti idraulici di grosse strutture, incluse quelle ospedaliere, possano essere contaminati e divenire fonte di infezione per i pazienti ricoverati. Il numero di infezioni nosocomiali da legionella è stato piuttosto limitato negli anni dal 1983 al 1992 (2-3 casi l'anno), ma è andato aumentando gradualmente, con un picco di incidenza tra il 1998 e il 1999 (rispettivamente 36 e 42 casi). I 42 casi di legionellosi nosocomiale notificati nel 1999 rappresentano il 18 per cento dei casi totali notificati. La regione Piemonte ha notificato 22 casi (52 per cento del totale), la Lombardia 9 casi, la Provincia autonoma di Trento 5 casi e le Regioni Emilia Romagna, Liguria, Veneto, Toscana, Campania, Sardegna 1 caso ciascuna.

L'età media dei casi nosocomiali di legionellosi è di 60 anni, significativamente superiore a quella dei casi acquisiti in altre collettività (54 anni).

I pazienti erano ricoverati per neoplasie (39 per cento), per patologie prevalentemente di tipo cronico-degenerativo (19,5 per cento), per trapianti di organi (15 per cento), malattie infettive e altre cause (26,5 per cento). Il fumo era presente come fattore di rischio nel 28 per cento dei pazienti. Il tasso di letalità tra i casi nosocomiali è stato del 33,3 per cento, superiore in modo statisticamente significativo a quello dei casi acquisiti in comunità.

Conclusioni. Il miglioramento delle condizioni socio-economiche e la confortante situazione epidemiologica riscontrata nel nostro Paese per le malattie nei confronti delle quali è prevista la vaccinazione obbligatoria potrebbero far ritenere non più necessaria l'attuazione di strategie vaccinali di massa, ma è doveroso al riguardo focalizzare l'attenzione su alcuni punti di primario interesse.

Nessun paese o nessun territorio, per quanto socialmente ed economicamente avanzato, può essere considerato al sicuro dalla reintroduzione di malattie infettive sotto controllo grazie alle vaccinazioni di massa. I nuovi stili di vita si configurano, nei confronti delle malattie infettive, sia come fattore favorente - ne siano esempi lo spostamento di grandi masse di popolazione, la velocità sempre maggiore degli spostamenti, l'uso eccessivo e spesso incongruo di antibiotici (con conseguente sviluppo di antibiotico resistenze da parte di batteri patogeni) - ma anche come fattore protettivo se adottati secondo indicazioni di adeguati programmi alla salute.

Pertanto, al momento attuale e tenendo conto della situazione epidemiologica italiana ed europea, si ritiene non modificabile nell'immediato futuro l'attuale quadro normativo in materia di vaccinazioni obbligatorie.

Il quadro normativo potrebbe essere modificato soltanto una volta che siano stati raggiunti e mantenuti nel tempo, anche nell'ambito delle vaccinazioni raccomandate, gli stessi risultati conseguiti nel campo delle vaccinazioni obbligatorie e sia stata consolidata, tanto nella popolazione che negli stessi operatori sanitari, la coscienza del valore di questi strumenti di prevenzione del singolo e dell'intera collettività.

Malattie muscolo-scheletriche

Le malattie muscolo-scheletriche sono tra le più comuni condizioni croniche che colpiscono la popolazione italiana. Esse hanno un sostanziale impatto sulla qualità della vita dei pazienti, sull'utilizzo di risorse sanitarie e sull'economia nazionale, e sono una frequente causa di dolore cronico e di assenza dal lavoro. Per la maggior parte delle malattie esaminate verrà considerata la prevalenza, ovvero il numero di casi di una determinata malattia per 100.000 abitanti, piuttosto che l'incidenza, ovvero il numero di nuovi casi per anno. Infatti i dati di prevalenza sono più facilmente ottenibili e, per molte malattie reumatiche, è difficile determinare il momento preciso di insorgenza. Le stime sulla frequenza delle malattie muscolo-scheletriche sono state ottenute dalle diverse fonti citate nella bibliografia e successivamente adattate alla composizione per sesso ed età della popolazione generale italiana ricavata dal sito web dell'ISTAT.

Dolore muscolo-scheletrico aspecifico. In un recente studio campionario condotto in Liguria su di un campione di 3.294 soggetti con età superiore ai 16 anni (1), il 27 per cento ha riferito di aver sofferto di dolori articolari di durata superiore a un mese nel corso della vita mentre il 14 per cento ha riferito di avere avuto anche tumefazione articolare. Questi problemi sono più frequenti nelle donne (31,2 per cento a confronto del 22,1 per cento negli uomini) e aumentano con l'aumentare dell'età. L'indagine ISTAT sullo stato di salute della popolazione italiana suggerisce che su scala nazionale circa 11.139.000 soggetti riferiscono di soffrire di "artrite e artrosi", una definizione che, per quanto imprecisa dal punto di vista clinico, permette di apprezzare le dimensioni del problema. Circa il 15-20 per cento degli italiani dice di soffrire di queste condizioni con una distribuzione che aumenta con l'età: nei soggetti di età inferiore ai 35 anni queste malattie sono infatti relativamente rare.

Artrite reumatoide. L'artrite reumatoide è una delle più comuni forme infiammatorie articolari e, in accordo con studi epidemiologici sia passati sia recenti, colpisce lo 0,5 per cento circa della popolazione generale italiana (0,6 per cento donne e 0,25 per cento uomini) (2, 3). Si può considerare pertanto che circa 170.000 donne e 60.000 uomini siano affetti da artrite reumatoide in Italia. Benché la frequenza dell'artrite reumatoide sia nettamente minore di quella di altre condizioni, quali l'artrosi, l'elevata gravità e invalidità ne fanno una malattia dall'impatto socioeconomico importante.

Un recente studio italiano ha messo in luce che i costi diretti annuali di un paziente con artrite reumatoide sono in media di circa 6 milioni di lire mentre quelli indiretti ammontano a 17,5 milioni di lire (4).

I costi aumentano con il progredire della malattia misurata secondo gli stadi funzionali. Il trattamento richiede infatti frequenti visite mediche, esami ripetuti per il controllo delle terapie, trattamenti farmacologici, chirurgici e fisioterapici. La disabilità associata all'artrite reumatoide, che viene misurata con scale appositamente studiate, è rilevante e si associa significativamente con l'intensità del dolore, l'età del paziente e la depressione reattiva (5). Esistono numerose altre condizioni articolari infiammatorie (6) per le quali comunque i dati epidemiologici a disposizione non sono esaustivi.

Artrosi. L'artrosi è una condizione degenerativa della cartilagine articolare che si manifesta clinicamente con dolore da carico e alterazioni strutturali delle articolazioni. La maggior parte dei soggetti di età superiore ai 60 anni ha segni radiografici di artrosi anche se questi non si accompagnano necessariamente a sintomi clinici. Questa patologia aumen-

ta quindi di frequenza con l'età e si associa all'obesità e al lavoro pesante. Le forme più invalidanti sono quelle delle articolazioni portanti dell'arto inferiore (ginocchio e anca) che molto spesso necessitano di costosi interventi di sostituzione protesica.

La prevalenza dell'artrosi d'anca sintomatica in soggetti ultrasessantacinquenni residenti a Dicomano (provincia di Firenze) è risultata del 7,5 per cento (717.000 pazienti in proiezione nazionale), quella dell'artrosi del ginocchio il 29,9 per cento (2.858.440 pazienti) e quella dell'artrosi della mano il 14,9 per cento (1.424.440 pazienti) (7). L'artrosi è frequente anche nella fascia di età immediatamente inferiore, tra i 50 ed i 65 anni. I costi relativi, assumono un impatto socioeconomico elevatissimo proprio per la frequenza della condizione.

Lombalgie. La lombalgia è un'esperienza pressoché universale in quanto colpisce durante la vita circa l'80 per cento della popolazione. Mentre nei giovani, gli episodi lombalgici sono generalmente transitori, nella media età e soprattutto nelle donne possono diventare cronici. Sono queste le forme più gravi con maggiore consumo di risorse. Le lombalgie possono essere provocate da numerose attività lavorative e possono a ragione essere considerate malattie professionali. Per il numero dei soggetti, l'impatto è enorme sia per le giornate di lavoro perse, sia per i costi sanitari.

Reumatismi extrarticolari. Con il termine di reumatismi extrarticolari si intendono una serie di condizioni che colpiscono muscoli, tendini, legamenti e borse. Le più comuni sono le tendiniti fra le forme localizzate e la fibromialgia tra le forme generalizzate. Sono malattie molto diffuse e di frequente osservazione nell'ambulatorio di medicina generale e in quelli specialistici reumatologici e ortopedici di primo livello ma per i quali i dati epidemiologici non sono attualmente completi.

La fibromialgia è una malattia caratterizzata dalla presenza di algie ubiquitarie per un abbassamento della soglia del dolore.

La prevalenza della fibromialgia, in accordo con la letteratura internazionale, varia tra il 3 e il 10,5 per cento nelle donne e tra lo 0 per cento e il 3 per cento negli uomini. E' una patologia presente anche nei bambini con una prevalenza ipotizzabile in base a studi recenti dell'1,2 per cento. I costi associati alla fibromialgia sono elevati in quanto l'iter diagnostico è lungo e costellato di esami costosi soprattutto perché la conoscenza della malattia è scarsa negli ambienti non reumatologici.

Osteoporosi. Le fratture sono l'evento che si vuole evitare nei pazienti osteoporotici e su di esse si è pertanto incentrato l'interesse della ricerca epidemiologica. Nella popolazione generale l'incidenza delle fratture si distribuisce con un andamento bimodale, con un primo picco in età giovanile e un secondo in età avanzata. In quest'ultimo gruppo, le fratture aumentano d'incidenza con l'età e nel sesso femminile, e sono spesso associate a traumi minori o inapparenti. In media, l'incidenza annuale di nuove fratture di femore prossimale nella popolazione italiana oltre i 50 anni d'età è di circa 80 casi ogni 100.000 abitanti, negli uomini e di 200/100.000 nelle donne. Tale incidenza raggiunge il valore di 1.000/100.000 nelle donne con età superiore ai 75 anni.

La densitometria ossea permette di valutare in maniera approssimativa la prevalenza dell'osteoporosi nella popolazione italiana. A livello lombare risulta osteoporotico a 61-65 anni il 15 per cento della popolazione, a 66-70 anni il 20 per cento e oltre i 70 anni il 50 per cento. La prevalenza dell'osteoporosi al di sopra dei 50 anni risultava del 40 per cento nella popolazione femminile napoletana (8).

La frequenza delle fratture è in continuo aumento per l'incremento dell'età media della popolazione generale e per altri fattori attualmente non identificati.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cimmino MA et al. Prevalence of self-reported peripheral pain and swelling in an Italian general population: the Chiavari study. Clin Exp Rheumatol 2001 (in corso di stampa).
- 2) Marcolongo F et al. Epidemiologia dell'artrite reumatoide. Siena: U Periccioli Editore, 1967.
- 3) Cimmino MA et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in Italy: the Chiavari study. Ann Rheum Dis 1998; 57: 315-8.
- 4) Leardini G et al. A multicentric study of annual economic cost and social impact of rheumatoid arthritis in Italy. Arthritis Rheum 2000; 43: S139.
- 5) Salaffi F et al. La disabilità nell'artrite reumatoide: valore predittivo dell'età e della depressione. Rec Progr Med 1992; 83: 675-9.
- 6) Marcolongo R. Uno sguardo al futuro: la nuova classificazione delle "malattie reumatiche". Reumatismo 1999; 51: 1-12.
- 7) Mannoni A et al. L'osteoartrosi dell'anziano: studio epidemiologico di popolazione in un comune della Toscana. Reumatismo 1998; 50 (Suppl 3): 121-124.
- 8) Del Puente A et al. Epidemiology of osteoporosis in women in southern Italy. Aging Clin Exp Res 1998; 10: 53-8.

Malattie neurologiche

Demenze. Uno tra i più importanti aspetti dei mutamenti demografici che stanno avendo luogo a livello nazionale è rappresentato dall'aumento significativo della percentuale della popolazione anziana: questo fenomeno si traduce in un aumento nella quota di popolazione a rischio di disturbi demenziali.

Secondo l'ISTAT vi erano in Italia, alla data dell'1 gennaio 1999, 4.142.569 persone di sesso maschile in età pari o superiore a 65 anni e 6.055.752 persone di sesso femminile nella stessa fascia d'età, per un totale di 10.198.321 milioni di individui in età anziana. Sono disponibili dati precisi circa la prevalenza della demenza nella popolazione generale in Italia: essi provengono da quattro studi condotti di recente in campioni rappresentativi di popolazione anziana (1, 2, 3, 4).

I tassi di prevalenza media delle demenze emersi in queste quattro ricerche, tendono ad aumentare con l'avanzare dell'età. I tassi di prevalenza sono sovrapponibili a quelli rilevati negli altri Paesi europei.

Questi dati confermano che la prevalenza raddoppia ogni 5 anni nella popolazione sopra i 65 anni: la prevalenza è molto bassa nei soggetti sotto i 60 anni (0,1 per cento) e raggiunge un plateau, almeno in Italia, nei soggetti sopra i 90 anni di età (30 per cento).

Gli studi italiani hanno poi evidenziato tassi di prevalenza simili per la demenza tra aree geografiche del Nord e del Centro Italia, con tassi di prevalenza lievemente superiori fra le popolazioni del nord Italia nelle fasce di età comprese fra i 70 e gli 80 anni.

È stata riscontrata un'associazione fra assenza o bassa scolarità e aumento della prevalenza della demenza (1).

Alcuni studi italiani (2) hanno anche messo in luce tassi di prevalenza più elevati nel sesso femminile; tuttavia, questo risultato, evidente solitamente nelle età più avanzate, non è però stato confermato in tutti gli studi effettuati nel nostro Paese (tabella 34).

Per quanto riguarda i tipi di demenza, i dati italiani indicano che il 50-70 per cento delle

Tabella 34. Tassi di prevalenza (e IC) delle varie forme di demenza nello studio di Appignano nei vari gruppi di età

gruppo d'età	tasso di prevalenza (%)		
	demenza di qualsiasi tipo	malattia di Alzheimer	demenza vascolare
70-79	5,6 (3,0-8,2)	2,0 (0,4-3,5)	2,6 (0,8-4,4)
80-89	25,9 (17,7-34,2)	10,2 (4,5-15,9)	8,3 (3,1-13,5)
90+	14,3 (0,4-57,9)	14,3 (0,4-57,9)	0,0 (0,0-41,0)

demenze siano imputabili alla malattia di Alzheimer, e il 20-30 per cento alla demenza di tipo vascolare.

I dati italiani inoltre sottolineano che la relazione fra età e demenza vascolare non è così lineare come per l'Alzheimer: nelle fasce di età più avanzate, infatti, è possibile che entrambi i meccanismi vascolari e degenerativi concorrano insieme allo sviluppo della demenza, la quale può essere attribuibile all'uno o all'altro tipo a seconda dei criteri diagnostici e degli strumenti utilizzati.

Se poi consideriamo il numero delle persone anziane con forme subcliniche o precliniche di deterioramento cognitivo, i tassi di prevalenza nella popolazione italiana, in accordo con i dati europei, risultano sensibilmente superiori alle percentuali sopra riportate per le demenze conclamate: per esempio, in un importante studio italiano condotto in un campione di 3.425 anziani in età 65-84 anni, un deterioramento cognitivo che non soddisfaceva ancora i criteri diagnostici per la demenza ma che era comunque clinicamente significativo, è stato riscontrato nel 10,7 per cento del campione totale (5).

Infine, per quanto riguarda l'incidenza delle demenze, i dati dello studio ILSA mettono in evidenza un tasso medio annuale, standardizzato alla popolazione italiana ultrasessantacinquenne, pari allo 1,1 per cento per gli uomini ed allo 1,3 per cento per le donne (6); di questi casi, il 53 per cento sono rappresentati dalla malattia di Alzheimer e il 27 per cento dalla demenza vascolare, il che sembra confermare una elevata frequenza, nel nostro paese, della demenza vascolare. Sulla base di questi dati si può stimare che sono circa 150.000 i nuovi casi di demenza attesi ogni anno.

BIBLIOGRAFIA

- 1) De Ronchi D et al. The effect of education on dementia occurrence in an Italian population with middle to high socioeconomic status. *Neurology* 1998; 50: 1231-8.
- 2) Ferini-Strambi L et al. Dementing disorders in north Italy: prevalence study in Vescovato, Cremona Province. *European Journal of Epidemiology* 1997; 13: 201-4.
- 3) Prince M et al. Prevalence of dementia in an elderly rural population. effects of age, sex, and education. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 1996; 60: 628-33.
- 4) Rocca WA et al. Prevalence of clinically diagnosed Alzheimer's disease and other dementing disorders: a door-to-door survey in Appignano, Macerata Province, Italy. *Neurology* 1990; 40: 626-631.
- 5) Di Carlo A et al. Cognitive impairment without dementia in older people: prevalence, vascular risk factors, impact on disability. The Italian Longitudinal Study on Aging. *Journal of the American Geriatric Society* 2000; 48: 775-82.
- 6) The Italian Longitudinal Study on Aging Working Group. Prevalence of chronic diseases in older Italians. comparing self-reported and clinical diagnoses. *International Journal of Epidemiology* 1997; 26: 995-1002.

Malattia di Creutzfeldt-Jakob. La malattia di Creutzfeldt-Jakob (MCJ) è una rara patologia degenerativa del sistema nervoso centrale a esito fatale, caratterizzata da demenza rapidamente ingravescente e segni neurologici focali. Oltre alla MCJ appartengono alle encefalopatie spongiformi trasmissibili (EST) la sindrome di Gerstmann-Sträussler-Scheinker (GSS), e l'insonnia fatale familiare (FFI). NEgli animali, le forme più conosciute di EST sono la scrapie che colpisce pecore e capre, e l'encefalopatia spongiforme bovina (BSE).

Le EST dell'uomo sono ubiquitarie e i dati disponibili non sembrano suggerire l'ipotesi di concentrazioni spazio-temporali a eccezione di aggregazioni di casi familiari. Fa eccezione la cosiddetta variante della MCJ (vMCJ) che al 30 novembre 2000 è stata riscontrata solo in Gran Bretagna (87 casi), Francia (3 casi), e Irlanda (1 caso). Attualmente non vi sono evidenze epidemiologiche di un rischio occupazionale legato alla MCJ. La MCJ può presentarsi in forma sporadica, familiare o come conseguenza di trasmissione accidentale (forma iatrogena) da uomo a uomo in seguito a procedure di carattere medico.

La MCJ sporadica. Il quadro clinico d'esordio è rappresentato da deterioramento mentale, da segni di tipo cerebellare o da disturbi centrali di tipo visivo (allucinazioni visive, cecità corticale, eccetera). La diagnosi clinica di MCJ si effettua con un livello di affidabilità piuttosto elevato in pazienti di età compresa tra i 50 e i 70 anni affetti da demenza rapidamente ingravescente con segni neurologici focali. Alcuni esami sono di grande utilità: tra questi l'elettroencefalogramma che mostra caratteristici complessi periodici trifasici punta-onda (1-2 cicli al secondo), l'identificazione mediante Western Blot della proteina 14-3-3 nel liquido cefalorachidiano e, a volte, la risonanza magnetica del cranio dove in circa l'80 per cento dei casi si notano modificazioni simmetriche dell'intensità del segnale a livello del putamen e del nucleo caudato.

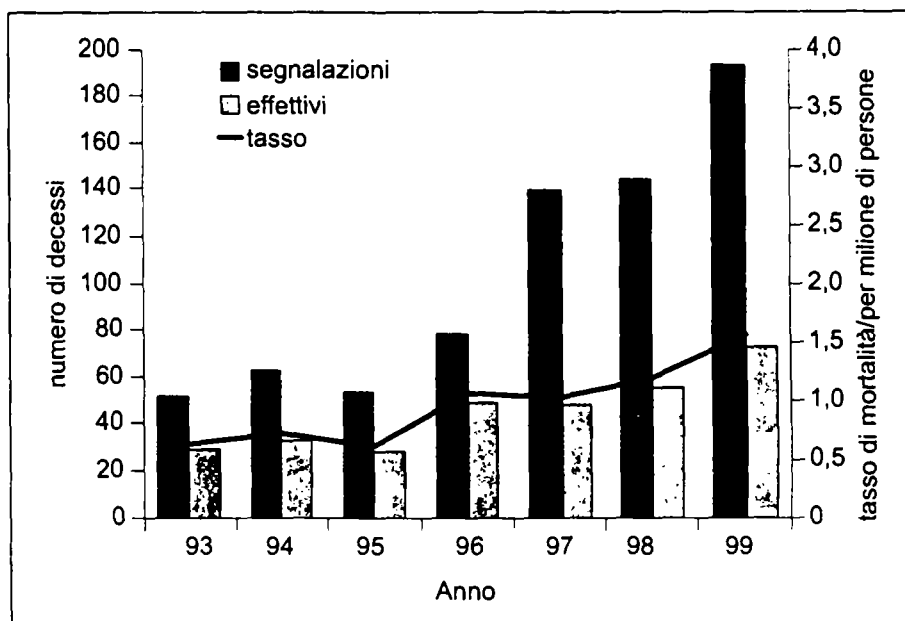
La certezza diagnostica per la MCJ, tuttavia, può essere raggiunta solo in seguito a riscontro autoptico con l'esame istologico del cervello o con l'identificazione della PrPsc nel tessuto cerebrale congelato mediante Western Blot.

Le forme familiari. Le forme familiari rappresentano il 10-15 per cento dei casi di EST dell'uomo. La MCJ familiare è legata a mutazioni puntiformi del gene della PrP (PRNP). Queste forme si presentano con una sintomatologia molto simile a quella della forma di MCJ sporadica, ma con un esordio più precoce. Altre forme familiari riscontrate in Italia sono la FFI e la GSS.

La MCJ iatrogena. Questa forma è dovuta a trasmissione accidentale della malattia da uomo a uomo attraverso procedure mediche: terapia con ormone della crescita di origine estrattiva, impianto di dura mater in corso di interventi neurochirurgici, trapianto di cornea (rarisimo), interventi neurochirurgici con ferri non correttamente sterilizzati. Il tempo di incubazione nella MCJ iatrogena varia da un minimo di 1 anno (casi dovuti a infezione tramite strumenti neurochirurgici) a un massimo di 30 anni (in seguito a terapia con ormone della crescita). In Italia sono stati osservati solo casi di MCJ iatrogena in seguito a impianto di dura mater (a oggi, 4 casi).

La variante della malattia di Creutzfeldt-Jakob (vMCJ). La vMCJ si discosta dalla forma sporadica di MCJ per la durata della malattia di oltre sei mesi, e le caratteristiche cliniche di esordio di tipo psichiatrico (depressione, ansietà, apatia, illusioni) o con disturbi sensoriali di tipo dolorifico (che non si osservano nella forma sporadica). La sintomatologia si evolve nei mesi successivi con una atassia della marcia, movimenti involontari (mioclono, corea, distonie), progressivo deterioramento intellettuale e mutismo acinetico con un quadro neu-

Figura 46.
Andamento
delle segnalazioni
di MCJ al Registro
nazionale
dal 1993 al 1999



rologico franco sostanzialmente non dissimile dalla forma sporadica della malattia. Anche nel caso della vMCJ la diagnosi viene confermata solo dall'esame neuropatologico.

In Italia la raccolta sistematica dei dati sui casi di MCJ è incominciata nel 1993 con l'istituzione presso l'Istituto superiore di sanità del Registro nazionale della MCJ, nell'ambito di un progetto europeo per la sorveglianza della MCJ e sindromi correlate. La notifica della malattia in Italia è basata sulla segnalazione volontaria dei casi. Tra l'1 gennaio 1993 e il 30 novembre 2000, sono stati segnalati al registro complessivamente 876 casi con sospetto di MCJ (tabella 35). L'analisi dei dati di mortalità è stata eseguita per gli anni 1993-99. In questo intervallo sono stati riscontrati 308 di MCJ sporadica, 59 casi di TSE familiari (51, MCJ familiare, 1 GSS, 7 FFI), 2 casi iatrogeni e nessuna caso di vMCJ. La figura 46 mostra l'andamento del numero dei casi segnalati al registro Nazionale tra il 1993 e il 1999: il numero di segnalazioni passa da 51 del 1993 a 192 del 1999). Nella stessa figura sono riportati il numero di decessi per MCJ sporadica che passa da 28 casi del 1993 a 71 nel 1999 e l'andamento dei tassi di mortalità per anno di decesso. Per il periodo 1993-1999 è stato osservato un tasso di mortalità medio annuo di 0,96, con un tasso di mortalità di 0,63 nel 1993 e di 1,56 nel 1999. Dall'analisi dei tassi di mortalità specifici per età e sesso non sembrano esserci differenze tra maschi e femmine. Non sono stati segnalati decessi per MCJ sporadica al di sotto dei 20 anni. I tassi di mortalità sono estremamente bassi al di sotto dei 40 anni e raggiungono un picco nel gruppo di età tra i 60-69 anni. Solo il 3,6 per cento dei decessi (n=11) si è verificato tra persone al di sotto dei 50 anni, mentre più del 75 per cento dei decessi si è verificato in età compresa tra i 60 anni e oltre (n=244). L'analisi di regressione di Poisson ha evidenziato che il numero di decessi per MCJ è caratterizzato da un incremento annuale statisticamente significativo nelle classi di età 60-69 e 70 e oltre ($p=0,002$ e $p=0,015$ rispettivamente). Un fenomeno simile è stato osservato in altri paesi Europei in cui le modalità di sorveglianza sono comparabili, per esempio Gran Bretagna e Francia, ma è stato riportato anche in uno studio retrospettivo dei casi di MCJ in Giappone per il periodo 1985-1996. L'aumento del numero di casi di MCJ sporadica può essere spiegato da due ipotesi: la prima è che ci troviamo di fronte ad un aumento reale del numero dei casi dovuto all'esposizione

Tabella 35. Numero delle segnalazioni di casi sospetti di MCJ al Registro nazionale della MCJ e sindromi correlate dell'Istituto superiore di sanità numero di decessi per MCJ con diagnosi certa o probabile.

anno	segnalazioni		numero di decessi per MCJ in Italia					
		sporadici	iatrogeni	familiari	GSS	FFI	v CJD	totale
1993	51	28	0	5	1	2	0	36
1994	62	32	0	5	0	1	0	38
1995	52	27	0	6	0	1	0	34
1996	77	48	0	5	0	1	0	54
1997	139	47	1	11	0	1	0	60
1998	143	54	1	8	0	1	0	64
1999	192	72	0	11	0	0	0	83
2000*	160	54	0	10	2	3	0	69
totale	876	362	2	61	3	10	0	438

*al 30 novembre 2000

nel passato a fattori ambientali sconosciuti, la seconda è che questo aumento sia un artefatto dovuto a una sottostima dei casi nel passato. Quest'ultima ipotesi è avvalorata da un aumento nel tempo del numero delle segnalazioni che depone per una maggiore attenzione da parte del medico alla notifica volontaria dei casi sospetti.

Disturbi psichici

I quadri clinici mutano. Ogni malattia risente dell'ambiente in cui si manifesta, ma in modo particolare ciò è evidente per quelle psichiatriche.

Gli studi sul cervello, la introduzioni di farmaci psicotropi sempre più specifici e non ultimo le modalità dell'assistenza in regime non più di reclusione, hanno contribuito a modificare le categorie psichiatriche, sia nel senso di registrare la scomparsa di alcune, sia in quello di verificarne una mutata incidenza.

La schizofrenia era chiamata la «regina della follia» e rappresentava la diagnosi più frequente nei luoghi di cura. Oggi ha cambiato espressione e alcune forme sono scomparse come la schizofrenia catatonica e la ebefrenica.

I disturbi dell'umore, soprattutto con la depressione, si sono fatti invece più frequenti invadendo classi di età che si era pensato ne fossero addirittura immuni: l'età infantile e adolescenziale. Anche il bambino può essere affetto da depressione, fin dal primo anno di vita, anche se le manifestazioni sono del tutto particolari, tali da richiedere una vera interpretazione di sintomi somatici e di rallentamento nelle manifestazioni mentali. Negli adolescenti la depressione è di grande rilievo oggi, se solo si considera che il suicidio, uno dei sintomi spesso associati alla depressione, è la causa principale di morte (assieme agli incidenti stradali) in questa popolazione.

Per questi motivi la depressione rappresenta uno dei problemi più gravi della salute: i depressi di interesse medico sono sette milioni a fronte di seicentomila schizofrenici. La depressione si pone inoltre tra le malattie a lungo decorso (e per alcuni addirittura come malattia cronica) anche se con periodi di minore intensità o mancanza di sintomi (fasi inter-

critiche). Ormai è un dato scientificamente provato che la depressione è la manifestazione di un disturbo che ha un'origine biologica e una causa ambientale, tra loro integrate. Un'affermazione che dovrebbe porre fine ai dualismi e alle lotte tra riduzionismo genetico e ambientale (o relazionale). Ciò significa che biologicamente esiste un rischio, una predisposizione, non tali tuttavia da indurre meccanicamente e, dunque, in maniera deterministica il disturbo. Grande rilievo ha anche il mondo delle relazioni e il luogo dove si manifestano le esperienze affettive.

Questa visione attribuisce una grande importanza a tutti gli studi sulla genetica correlata alla depressione, ma anche agli studi sulle dinamiche interpersonali e ai meccanismi della personalità del singolo.

La mappatura del genoma umano arricchirà certo le conoscenze biologiche, anche se è necessario averne una visione sempre più dinamica capace di mostrare la interrelazione di molti geni tra loro e quindi una complessità che certo lo studio attuale (anatomico) dei geni non è in grado di fornire. Il superamento di atteggiamenti di antagonismo tra la visione biologica della depressione e la sua interpretazione psicologico funzionale trova oggi un sostegno in una delle scoperte di neurobiologia più importanti del Novecento: la plasticità cerebrale. La dimostrazione, cioè, che in alcune aree (lobi frontali e parte dei parietali temporali) le esperienze modificano la struttura cerebrale, sia cambiando l'assetto sinaptico, sia inducendo strutture del tutto nuove. Una condizione che toglie di forza all'antagonismo mente cervello, termini che rappresentano le metafore di una identica realtà funzionale. È significativo che il premio Nobel per la medicina del 2000 sia stato assegnato a Eric Kandel (uno dei tre premiati) che ha dato la prima dimostrazione completa (nella *Aplysia*) di un apprendimento che modifica i neuroni e le loro sinapsi.

La terapia oltre alle tecniche specifiche deve contare su una rete terapeutica per la depressione formata certo dallo psichiatra, ma anche dal medico di medicina generale, dal neuropsichiatra infantile e dal pediatra. Questa rete deve prevedere in alcuni casi l'intervento dello psichiatra ma in altri quello del non specialista che sia stato reso in grado di distinguere le forme che egli stesso può curare, sia pure con la possibilità di una rapida consultazione con lo specialista per i casi resistenti. Nessuno chiede che tutti divengano psichiatri, ma che ciascuno di questi medici possa riconoscere i casi a cui dare una prima risposta terapeutica, salvo ricorrere allo specialista di fronte alla mancata risposta. Occorre auspica-re inoltre che si promuova una integrazione tra psicologi e psichiatri in modo che la azione dei primi sia sempre più integrata o seguita dai secondi. Una collaborazione che rispecchi i compiti di ciascuno e le loro specificità.

I disturbi d'ansia dominano la scena del malessere psichico e sono certo i più frequenti nella popolazione generale. Tra i quadri diagnostici inclusi in questo gruppo di notevole rilievo sono: la malattia da attacchi di panico, in grande incremento, e il disturbo ossessivo compulsivo, mentre è diminuita la forma isterica. Un incremento significativo lo si è registrato per i disturbi fobici, in particolare le fobie sociali, cioè tutti quei comportamenti di difficoltà, che giungono fino al rifiuto o al blocco, nei rapporti sociali.

Certamente è aumentata la patologia da abuso di sostanze. Pur avendo una sua collocazione specifica se ne accenna qui per la sua duplicità che impone una sorta di doppia diagnosi, per la coesistenza cioè di un disturbo psichiatrico che sta alla base o si associa a all'abuso e quindi alla patologia propria della dipendenza. Molti pazienti psichiatrici «coprono» la loro malattia con un comportamento d'abuso e con i disturbi che si legano all'uso acuto o

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 36a. Ammissioni per disturbi psichici nei maschi per classi di età e regione di ricovero (*) - Anno 1998

regioni di ricovero	classi di età						totale
	0-24	25-44	45-64	65-74	75 e oltre	non indicato	
Piemonte	408	2.371	1.428	435	184	53	4.879
Valle d'Aosta	14	88	100	11	3	1	217
Lombardia	1.402	7.124	3.476	760	363	186	13.311
Trentino - Alto Adige	97	761	311	70	14	16	1.269
Bolzano	63	327	161	44	6	7	608
Trento	34	424	150	26	8	9	651
Veneto	618	3.340	1.806	397	146	51	6358
Friuli-Venezia Giulia	60	411	186	29	10	9	705
Liguria	289	2.005	1.095	198	163	48	3.798
Emilia Romagna	404	2.400	1.302	385	234	65	4.790
Toscana	397	1.925	835	209	102	82	3.550
Umbria	30	104	55	7	3	0	199
Marche	211	1.219	597	75	38	41	2.181
Lazio	598	3.431	1.680	349	130	178	6.366
Abruzzo	192	1.029	601	171	90	28	2.111
Molise	55	286	198	55	27	1	622
Campania	479	3.445	1.805	511	137	154	6531
Puglia	401	1.885	887	232	90	42	3.537
Basilicata	87	338	209	36	16	4	690
Calabria	217	1.087	536	86	31	23	1.980
Sicilia	831	4.222	2.119	447	129	186	7.934
Sardegna	172	690	325	53	27	10	1.277
totale	7.059	38.912	19.862	4.586	1.951	1.194	73.564

* Negli istituti nei quali è possibile il ricovero anche obbligatorio degli affetti da disturbi psichici ai sensi della legge 13 maggio 1978 n. 180 - accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori - e 23 dicembre 1978 n. 833

cronico (dipendenza). Verificare questa possibilità, e giungere perciò a una doppia diagnosi, è una condizione necessaria per un buon intervento terapeutico.

I disturbi di personalità sono in forte aumento: rappresentano una combinazione di sintomi che si trovano in ogni quadro classico della psichiatria e sia pure in forma meno intensa si combinano per dare una patologia che pur non avendo manifestazioni eclatanti conducono a comportamenti devianti e a forte difficoltà di una esistenza entro i canoni e le norme della comunità. Sono di relativa recente introduzione e stanno a indicare fra l'altro il mitigarsi delle manifestazioni acute, grazie alla disponibilità di farmaci che servono se non a eliminare a ridurre i sintomi specifici.

I disturbi di personalità rappresentano la diagnosi più frequente in psichiatria forense e dunque in ambito giudiziario penale nei casi di reati contro la persona, fino all'omicidio.

Un accenno che ripropone nella sua concretezza il concetto di pericolosità che una cultura psichiatrica, che ha dominato nel recente passato, voleva cancellare. La pericolosità nel

Tabella 36b. Prevalenza nella vita ("lifetime") (%) di disturbi psichiatrici nei due sessi (con intervalli di confidenza al 95%) e rischio "lifetime" nello studio di Sesto Fiorentino

disturbi	tasso di prevalenza nella vita ("lifetime") (%)			rischio nella vita (%)
	maschi	femmine	totale	totale
disturbi affettivi	10,8 (9,0-12,8)	21,5 (19,3-23,9)**	16,6 (15,1-18,2)	27,0
disturbi d'ansia	9,2 (7,6-11,1)	22,5 (20,3-24,9)**	16,5 (15,0-18,0)	27,9
abuso/dipendenza da sostanze	0,6 (0,2-1,12)	0,8 (0,4-1,4)	0,7 (0,4-1,1)	0,9
disturbi del comportamento alimentare	0,4 (0,1-1,0)	1,1 (0,7-1,9)*	0,8 (0,5-1,2)	0,9
psicosi non affettive#	0,5 (0,2-1,1)	0,9 (0,5-1,6)	0,7 (0,4-1,1)	1,2
disturbi da somatizzazioni	1,9 (1,1-2,7)	3,1 (2,1-4,0)	2,5 (1,9-3,2)	3,2
disturbi psicosessuali	0,1 (0,0-0,5)	0,1 (0,0-0,4)	0,1 (0,0-0,3)	0,1
disturbi del sonno	0,8 (0,3-1,4)	2,2 (1,4-3,0)**	1,6 (1,1-2,1)	1,8
disturbi del controllo degli impulsi##	1,4 (0,8-2,3)	1,7 (1,1-2,6)	1,6 (1,1-2,1)	1,9
disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza###	0,1 (0,0-0,5)	0,8 (0,3-1,2)*	0,4 (0,2-0,7)	0,5
delirium	0,0	0,2 (0,0-0,6)	0,1 (0,0-0,3)	0,1
qualsiasi disturbo	13,5 (11,5-15,7)	27,3 (25,3-30,3)**	21,2 (19,6-22,9)	35,9

* p < 0.05, ** p < 0.01 (significance of the difference by sex)

comprende schizofrenia, disturbi schizofreniformi, disturbi schizoaffettivi, disturbi deliranti e disturbi psicotici brevi

comprende disturbo esplosivo-intermittente, gioco d'azzardo patologico, tricotillomania, piromania e cleptomania

comprende disturbo d'ansia di separazione, disturbo di Tourette e disturbi da tic

campo delle malattie psichiatriche esiste e va tenuta in considerazione, anche se non si deve attribuire alla follia il clima di violenza che caratterizza la società del tempo presente.

Se dopo questi richiami si dà uno sguardo d'insieme alle malattie psichiatriche si può affermare che è aumentata la popolazione che ne è affetta, ma è mediamente e in modo significativo diminuita la gravità. Vi è un aumento numerico delle espressioni di psichiatria minore che nell'ambulatorio del medico di medicina generale costituiscono la motivazione del 50 per cento di tutte le consultazioni.

Epidemiologia. La valutazione della frequenza dei disturbi psichiatrici rappresenta uno degli obiettivi da raggiungere per colmare una mancanza di dati sistematici. Non esistono dunque dati sufficientemente validati per tutto il paese.

Si riporta tuttavia a titolo esemplificativo l'incidenza dei ricoveri maschili per disturbi psichici nelle differenti regioni, con la consapevolezza che guardare il fenomeno solo attraverso questo parametro non fornisce una immagine precisa poiché il numero dei ricoveri va integrato con la funzionalità dei servizi ambulatoriale dei servizi territoriali (tabella 36a).

Una ricerca parziale ma metodologicamente corretta e che dovrebbe rappresentare il punto di partenza per una sua estensione su tutto il territorio nazionale è quella di Sesto Fiorentino.

Lo studio di Sesto Fiorentino. Nello studio condotto a Sesto Fiorentino (FI), è stato selezionato in maniera casuale, dalle liste degli assistiti di 18 medici di medicina generale, un campione complessivo di 2.366 persone (è noto che tali liste coprono praticamente l'intera popolazione generale, e quindi possono essere considerate del tutto omologhe alle liste

elettorali). Questi soggetti sono stati dapprima valutati dal proprio medico di medicina generale con una breve intervista di screening; quindi, tutti coloro risultati positivi, più un piccolo campione di soggetti negativi al medesimo screening, sono stati direttamente valutati da un clinico attraverso l'impiego di un nutrito set di strumenti di valutazione standardizzati, utilizzando i criteri diagnostici statunitensi del DSM-IV. Lo studio di Sesto Fiorentino può quindi essere considerato, a tutt'oggi, quello più informativo circa la frequenza dei disturbi mentali in un campione di popolazione italiana, pur presentando ovvi limiti di rappresentatività sul piano nazionale.

La tabella 36b mostra i tassi di prevalenza nella vita ("lifetime") emersi nello studio di Sesto Fiorentino: come si può vedere, complessivamente il 13,5 per cento dei soggetti di sesso maschile e una percentuale doppia dei soggetti di sesso femminile inclusi in questo campione (27,3 per cento) hanno sofferto, in un qualche momento della propria vita, di un disturbo mentale significativo; la percentuale complessiva, sull'intero campione, era pari al 21,2 per cento. Tali percentuali sono in linea con quelle emerse in altre ricerche condotte a livello internazionale con una metodologia simile.

Per quanto riguarda le specifiche classi di disturbi, il 10,8 per cento della popolazione maschile ed addirittura il 21,5 per cento di quella femminile risulta aver sofferto, in un qualche momento della propria vita, di un disturbo affettivo (categoria che comprende la depressione maggiore, gli episodi maniacali, la distimia, la ciclotimia e la depressione non altrimenti specificata). La prevalenza nella vita dei disturbi d'ansia risulta parimenti elevata, con un analogo differenziale nei tassi dei due sessi; il disturbo d'ansia generalizzata costituisce la categoria diagnostica specifica con la più elevata prevalenza tra tutti i disturbi studiati. La prevalenza dei disturbi psicotici (categoria che comprende in primo luogo la schizofrenia e quindi alcuni disturbi dello spettro schizofrenico) è pari allo 0,5 per cento nel sesso maschile ed allo 0,9 per cento nel sesso femminile, mentre tassi di prevalenza più bassi sono emersi per le altre categorie di disturbi considerati.

Una seconda ricerca parziale, relativa alla parte Sud di Verona, ma condotta con criterio rigoroso, (utilizzando dati del Registro psichiatrico, gestito dalla Clinica dell'Università) ha indicato i tassi di pazienti presi in carico per 100.000 abitanti (tabella 36c).

La psichiatria in geriatria. L'allungamento dell'aspettativa di vita nella popolazione e, di fatto, il maggior numero di vecchi ha posto seri problemi anche per quanto attiene alle malattie psichiatriche. Si nota un aumento delle forme di demenza nelle diverse espressioni che sovente sono fasi evolutive di una progressione continua: disturbi delle facoltà superiori (memoria, attenzione, comprensione), disturbi della coscienza (confusione temporospatiale, disconoscimenti).

I quadri di deterioramento legati all'età avanzata meritano un'attenzione psichiatrica nuova

Tabella 36c. Prevalenza dei pazienti trattati nel 1999 presso il Servizio psichiatrico territoriale di Verona-Sud (tassi per 100.000 residenti adulti)

	schizofrenia	disturbi affettivi	nevrosi e disturbi somatiformi	altre diagnosi	tutte
maschi	279,4	465,7	214,2	599,1	1.558,4
femmine	327,8	945,5	342,5	579,6	2.195,4
totale	304,3	712,6	280,2	589,1	1.886,2

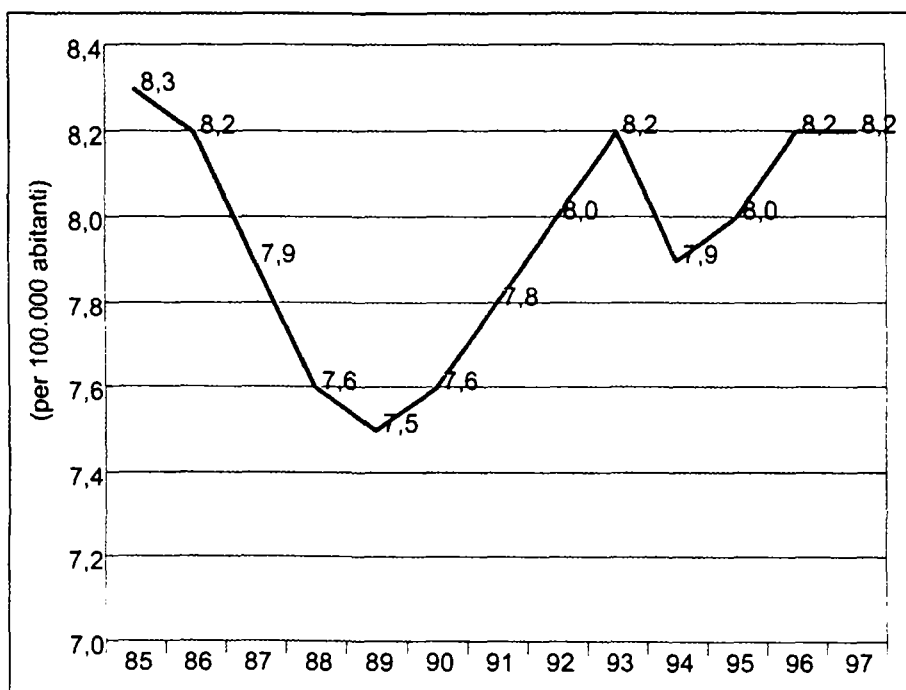
e particolare: sulla scorta delle loro frequenti difficoltà mentali sono sempre più i casi di anziani che vengono perseguiti nelle loro decisioni, in quanto incapaci di intendere e di volere e dunque sottoposti a regime di inabilitazione o interdizione. Occorre giungere a diagnosi precise e metodologicamente corrette per impedire che siano oggetto di vera e propria «persecuzione» per il solo fatto di compiere azioni non condivise dai parenti.

Suicidi

Secondo i dati forniti dall'ISTAT, in Italia ogni giorno si tolgono la vita in media 12-13 persone. Questo dato, dall'aspetto preoccupante, corrisponde in realtà ad un tasso annuale di mortalità per suicidio di circa 8 casi ogni 100.000 abitanti, uno dei valori più bassi d'Europa. Il nostro paese, infatti, rispecchia l'andamento delle nazioni che si affacciano sul Mediterraneo, che è piuttosto diverso da quello che si riscontra nel centro e nel nord dell'Europa, in particolar modo nei paesi baltici, dove tale tasso supera i 20-30 casi ogni 100.000 abitanti. Il rapporto maschi-femmine, in armonia invece con quanto avviene in tutto il mondo, si aggira intorno a 3:1.

Per avere un quadro descrittivo del fenomeno, si è ritenuto utile esaminare un periodo di tempo abbastanza lungo: dal 1985 al 1997 (ultimo anno di cui sono disponibili i dati). L'analisi dei dati ISTAT di tale periodo ha messo in evidenza diversi aspetti interessanti. Dopo un allarmante aumento verificatosi prima del 1985, il numero dei casi di suicidio ed il relativo tasso di mortalità sono diminuiti verso la fine degli anni 80, per poi risalire all'inizio degli anni 90 (figura 47). Sebbene il maggior numero di suicidi si verifichi tra i 50 e i 79 anni di vita, soprattutto tra i 60 e i 69 (figura 48), la classe di età maggiormente a rischio è quella compresa tra gli 80 e gli 89 anni, che presenta infatti un valore medio del tasso annuale di mortalità per suicidio nel periodo compreso tra il 1985 e il 1997 pari a 23,7 su 100.000. Il tasso in questione trova il suo minimo nella fascia di età compresa tra 5 e 14 anni e tende

Figura 47.
Tasso di mortalità
per suicidio in Italia
(fonte ISTAT)



progressivamente a crescere con l'aumentare dell'età; una leggera flessione si riscontra solamente dopo gli 89 anni. Nel corso dei 13 anni presi in considerazione si è potuta osservare una redistribuzione dei casi con spiccata tendenza all'aumento dell'incidenza nelle fasce più giovanili (dai 15 ai 39 anni; figura 49) e alla diminuzione invece al di sopra dei 40 anni. L'aumento più sensibile si è verificato tra i 15 e i 19 anni di vita. Nel 1997 il suicidio è stato una delle principali cause di morte tra gli adolescenti e i giovani adulti, essendo responsabile del 7 per cento dei decessi di soggetti in età compresa tra 15 e 19 anni e addirittura del 10,8 per cento delle morti avvenute tra i 20 e i 29 anni di vita.

Per quanto riguarda la distribuzione del fenomeno nelle varie regioni, il valore medio più elevato del tasso annuale di mortalità per suicidio nel periodo compreso tra il 1985 e il 1997 è risultato appartenere alla Valle d'Aosta (17,3 per 100.000 abitanti), seguita dall'Emilia Romagna (12,1), dal Friuli Venezia Giulia (12,0), dal Piemonte (11,3) e dal Trentino Alto Adige (11,0). Tra le regioni con tasso più basso segnaliamo la Campania (4,4 per 100.000 abitanti), la Calabria (4,7) e la Puglia (5,0) (figura 50). Questi dati sembrano attribuire ai fattori climatico-ambientali e socio-comportamentali una notevole importanza per quanto riguarda la predisposizione al suicidio, mentre il livello organizzativo e l'efficienza operativa dei servizi sociosanitari influenzerebbero in teoria assai poco tale aspetto.

Nonostante qualche fisiologica oscillazione, tra il 1985 e il 1997 i tassi annuali di mortalità per suicidio sono rimasti pressoché costanti nelle singole regioni ad eccezione della Liguria, dove si è registrata una progressiva riduzione da 12 a 7 casi ogni 100.000 abitanti, e della Sardegna, dove al contrario si è verificato un graduale e sensibile aumento da 8 a 12 casi ogni 100.000 abitanti. La Sardegna è stata infatti nel 1997 la terza regione d'Italia con il più alto tasso di mortalità per suicidio dietro alla Valle d'Aosta e al Piemonte.

Sulla base dei valori medi rilevati tra il 1985 e il 1997, il rischio di suicidio è maggiore al nord (11,2 su 100.000 abitanti per anno) rispetto al centro (8,0) o al sud e nelle isole (6,2) e che il suicidio costituisce l'1,04 per cento delle cause di morte al nord, lo 0,79 per cento al cen-

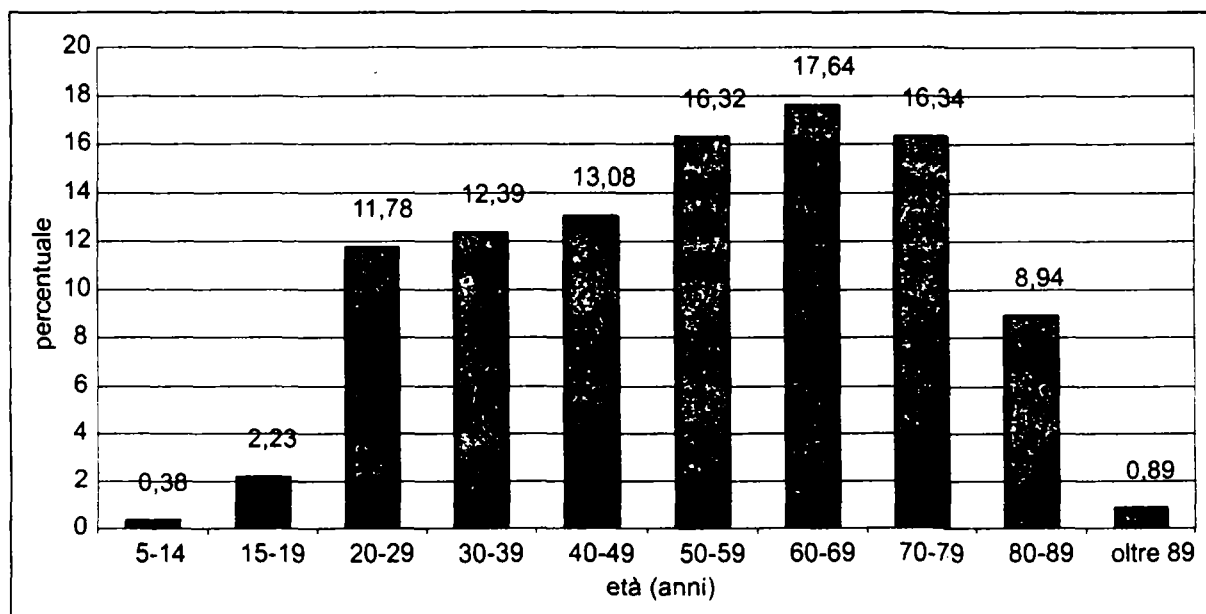


Figura 48. Distribuzione dei casi di suicidio in Italia per fasce di età (fonte ISTAT)

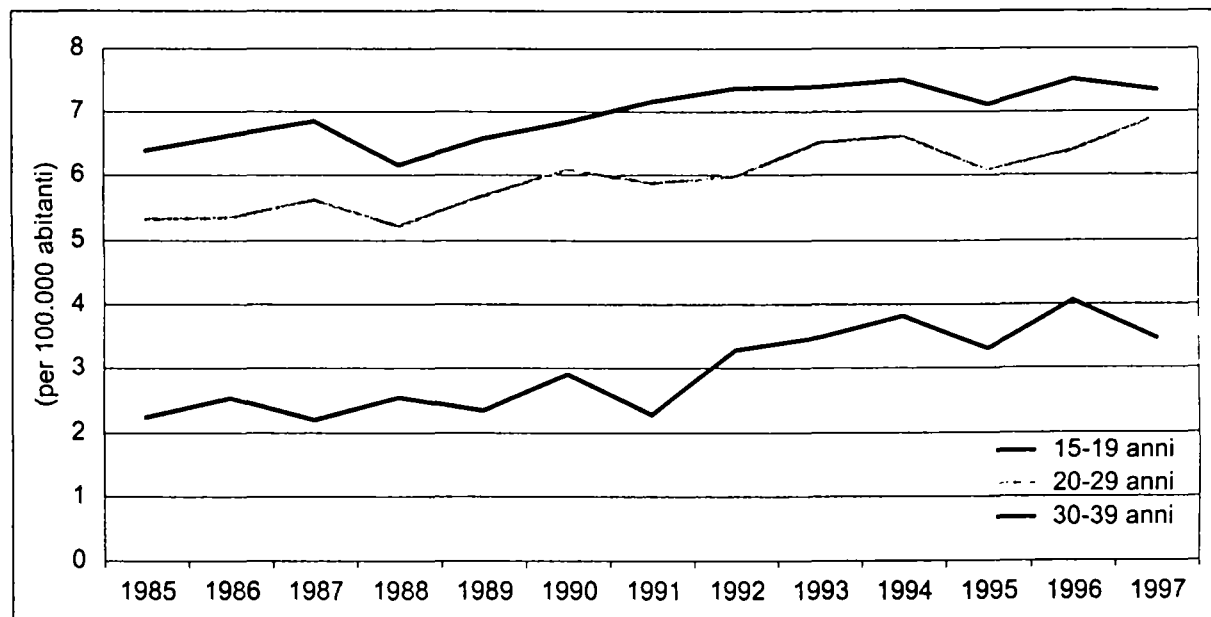


Figura 49. Tassi di mortalità per suicidio in alcune fasce di età ad andamento crescente dal 1985 al 1997 (fonte ISTAT)

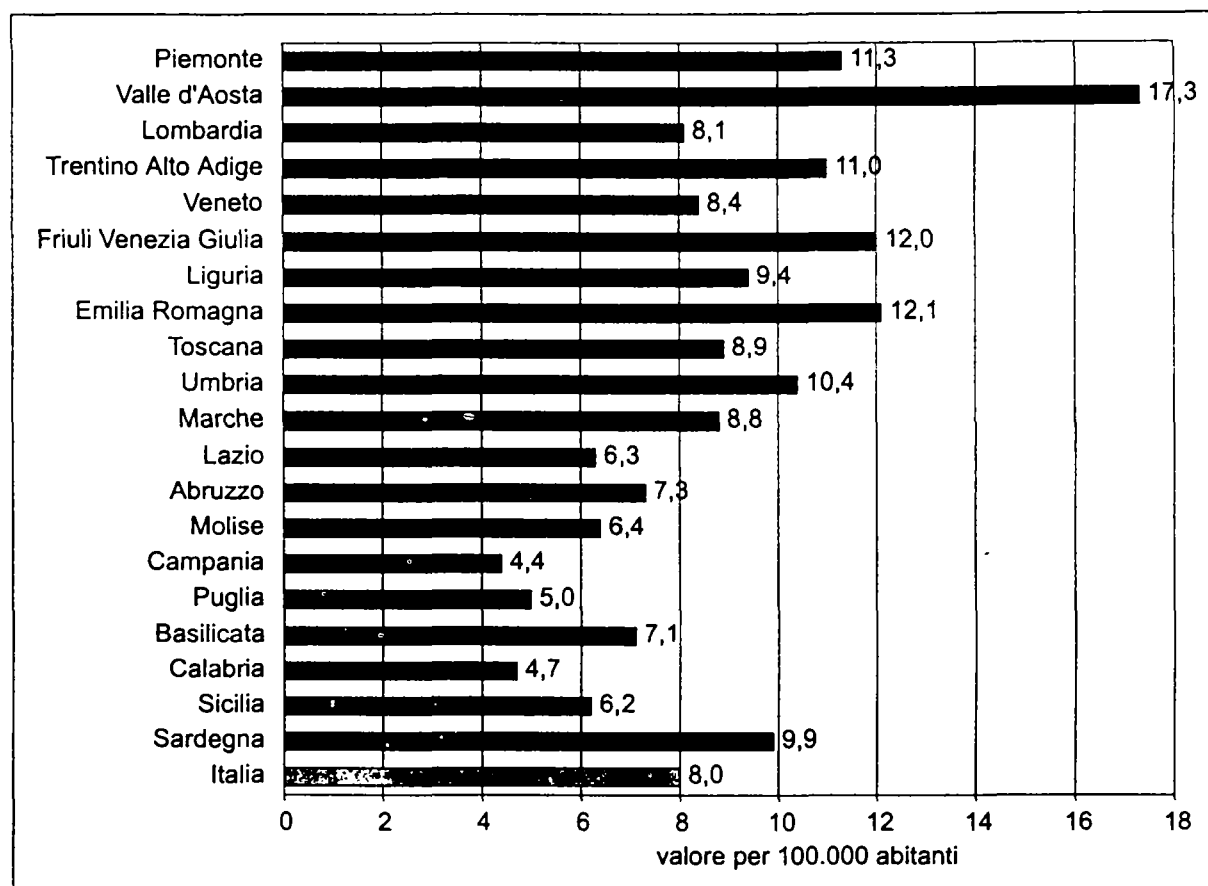


Figura 50. Tassi di mortalità per suicidio (valori medi del periodo 1995-1997) (fonte ISTAT)

tro e lo 0,76 per cento al sud e nelle isole. Una categoria che ha un elevato tasso di mortalità per suicidio (rapporto percentuale tra i morti per suicidio di una classe e la mortalità totale specifica di quella classe) è rappresentato dalle persone che risultano essere residenti all'estero o per le quali non è stata riscontrata una residenza (1,76 per cento contro l'1,62 della Valle d'Aosta che possiede l'indice più alto fra tutte le regioni; valori medi del periodo 1985-1997). Dato che i flussi migratori non sono sempre notificati, non è stato calcolato il tasso di mortalità per suicidio di questa classe. Per quanto riguarda i mezzi suicidari, in Italia quelli maggiormente utilizzati sono l'impiccagione, il soffocamento e la precipitazione seguiti ad una certa distanza dall'uso delle armi da fuoco. Minore importanza rivestono invece l'annegamento, l'avvelenamento e l'uso di strumenti da punta e da taglio. Da notare, nel periodo 1985-1997, la riduzione degli avvelenamenti da gas domestici e l'aumento di quelli da gas veicolari.

Fattori di rischio. Diversi autori ritengono che siano molteplici i fattori di rischio che possono favorire comportamenti suicidari. Alla base di questo fenomeno si riscontra in genere un disturbo mentale, che può insorgere acutamente in soggetti predisposti in seguito ad uno stress più o meno improvviso (per esempio fallimenti economici, lutti, divorzi, ecc.) oppure, come più spesso avviene, essere già presente da tempo come vera e propria malattia psichiatrica. La schizofrenia e i disturbi affettivi, come depressione e mania, sono le patologie che più di frequente portano al suicidio. Altri fattori di rischio sono rappresentati da:

- il sesso; come affermato in precedenza, il sesso maschile è maggiormente predisposto al suicidio (rapporto M/F 3:1), mentre la donna è più incline ai tentativi infruttuosi di togliersi la vita (rapporto M/F 1:2);
- l'età: l'incidenza dei suicidi tende ad aumentare con l'età, anche se i tassi di mortalità per suicidio stanno elevandosi nei giovani soprattutto di sesso maschile;
- condizioni sociali: coloro che vivono soli e privi di una rete familiare e/o sociale di supporto sono più a rischio di suicidio soprattutto al di sopra dei 65 anni;
- occupazione: il suicidio è più diffuso tra i disoccupati;
- alcolismo e abuso di sostanze stupefacenti: favoriscono l'insorgenza di gravi turbe mentali;
- malattie fisiche serie: le malattie somatiche generalmente gravi, dolorose e invalidanti, predispongono alla depressione e quindi al suicidio. È quello che per esempio si riscontra tra i soggetti affetti da patologie come l'AIDS, o i tumori;
- il disagio esistenziale nella fragilità delle personalità giovanili.

La prevenzione del suicidio deve essere basata su un'articolata ed efficiente rete di strutture e servizi sociosanitari che consentano:

- la precoce rilevazione e un appropriato trattamento della depressione;
- la precoce rilevazione dei problemi di salute mentale;
- il trattamento effettivo dei disordini psicotici;
- la prevenzione e il trattamento dell'alcolismo;
- l'identificazione dei problemi specifici delle differenti fasce di età (ad esempio quelli connessi con il pensionamento);
- il supporto psicologico nelle malattie somatiche.

Sarebbe inoltre auspicabile che i mezzi di comunicazione, quali stampa, radio e televisione, non facessero riferimento ai casi di suicidio, o che, per lo meno, ne evitassero la spettacolarizzazione. Le descrizioni infatti, soprattutto se dettagliate, possono favorire nell'immediato inopportuni comportamenti di tipo imitativo in soggetti predisposti.

Disturbi del comportamento alimentare

In questi ultimi anni i disturbi del comportamento alimentare hanno subito un notevole incremento, tale da rappresentare un fenomeno di allarme sociale. Il Ministero della sanità ha istituito tra il 1994 e il 1999 tre commissioni per trattare l'argomento. Sotto la denominazione di disturbi del comportamento alimentare si raccolgono tre quadri clinici d'interesse psichiatrico e internistico: anoressia nervosa (tabella 37), bulimia nervosa (tabella 38) e disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati o atipici o parziali.

Epidemiologia. Nel loro insieme i disturbi del comportamento alimentare rappresentano un problema grave e diffuso tra gli adolescenti e le giovani donne.

In Italia, come in altri paesi occidentali, ogni 100 ragazze in età di rischio, 10 soffrono di qualche disturbo del comportamento alimentare, 1-2 delle forme più gravi come l'anoressia e la bulimia, le altre delle manifestazioni cliniche transitorie e incomplete (sindromi parziali). Il rapporto femmine-maschi è di 9 a 1. Tali patologie che in passato sembravano esclusive delle classi medio-alte si sono diffuse negli anni recenti in tutti gli strati sociali. L'età di esordio cade tra i 10 e i 30 anni ma si vanno registrando forme sia prepuberale che tardive. Vari fattori culturali, familiari, individuali, sia biologici sia psicologici, concorrono a determinare l'insorgenza dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa. Non disponiamo ancora di una interpretazione eziopatogenetica univoca mentre sono più conosciuti i fattori predisponenti, precipitanti e perpetuanti. Trattandosi di malattie gravi, pericolose e difficili da curare, una strategia efficace deve prevedere un trattamento interdisciplinare ed integrato, che coinvolge figure professionali diverse: psichiatri, psicologi clinici, psicoterapeuti, nutrizionisti, internisti, endocrinologi. In questo modo è possibile prendersi cura dei versanti somatico e psichico, a seconda delle fasi della malattia.

I rischi vitali sono elevati e sono dovuti al sommarsi di vari fattori fisici e psichici. Il suicidio è una causa frequente di morte. Trattandosi di affezioni di lunga durata le possibilità di miglioramento sono da valutare nel tempo. Non esistono al momento attuali studi italiani di esito in Italia. La Commissione ha effettuato una ricognizione delle strutture esistenti nel nostro paese, dalla quale emerge che: a) l'assistenza ai pazienti affetti da DCA è in generale molto carente e la situazione peggiora nelle aree meridionali; b) il divario tra le diverse aree del territorio non è solo organizzativo ma culturale; c) i servizi socio-assistenziali possono essere un utile punto di riferimento per l'utenza; d) la richiesta di formazione da parte dei servizi è elevata e urgente; nonché

- i pazienti vengono assistiti da servizi molto diversificati professionalmente;
- i servizi psichiatrici non sono adeguatamente coinvolti dal problema;
- i trattamenti più utilizzati sono quelli psicoterapeutici e psicofarmacologici.

Sulla base di questa ricognizione il Ministero della sanità ha deciso di procedere nell'ulteriore approfondimento degli aspetti scientifici, sanitari e sociali per ricavarne indicazioni utili agli interventi necessari. Attraverso l'elaborazione di un'ipotesi di Progetto obiettivo che ha lo scopo di tutelare la salute mentale e di affrontare il problema del disagio giovanile, del quale i disturbi del comportamento alimentare rappresentano un allarmante aspetto.

Il riconoscimento e la gestione di queste patologie richiede il coinvolgimento di una serie di strutture e di servizi quali i Dipartimenti materno-infantili, i Consultori adolescenziali e familiari, i servizi di Tutela della salute mentale in età evolutiva, i Dipartimenti di salute mentale, i Dipartimenti di igiene e prevenzione, i Servizi riabilitazione tossicodipendenza,

Tabella 37. Anoressia nervosa

criteri diagnostici DSMIV

- a) rifiuto di mantenere il peso corporeo al livello minimo normale per l'età e la statura o al di sopra di esso
- b) intensa paura di aumentare di peso o di ingrassare, pur essendo sottopeso
- c) disturbi nel modo di sentire il peso e le forme del proprio corpo, influenza indebita del peso e delle forme del corpo sulla valutazione di sé, o diniego della gravità della perdita di peso attuale
- d) nelle donne che hanno già avuto il menarca, l'amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi

tipo restrittivo: durante l'episodio di anoressia nervosa la persona non pratica frequenti abbuffate e comportamenti purgativi (vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, clisteri)

tipo bulimico: la persona pratica frequenti abbuffate e comportamenti purgativi

Tabella 38. Bulimia nervosa

criteri diagnostici DSMIV

- a) episodi ricorrenti di abbuffate compulsive; l'abbuffata compulsiva è definita da due caratteri necessari: mangiare in tempo circoscritto una quantità di cibo maggiore di quella che la maggior parte della gente mangerebbe nello stesso tempo; sentire una mancanza di controllo durante l'episodio
- b) comportamenti ricorrenti di compenso (vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, clisteri ed altri farmaci, digiuni, esercizio fisico eccessivo)
- c) abbuffate e contromisure improprie capitano almeno due volte alla settimana per tre mesi
- d) la valutazione di sé indebitamente influenzata dalle forme e dal peso del corpo
- e) il disturbo non capita solo nel corso di episodi di anoressia

tipo purgativo: la persona si è provocata frequentemente il vomito o ha usato frequentemente lassativi, diuretici eccetera

tipo non purgativo: durante l'episodio di bulimia nervosa la persona ricorre ad altri meccanismi di compenso come digiuno o esercizio fisico eccessivo ma non il vomito, i lassativi, i diuretici

i Servizi ambulatoriali di medicina generale o specialistica, e infine i Servizi sociali comunali e il settore privato-sociale, tutti operanti senza una precisa definizione dei limiti di competenza.

Gli strumenti terapeutici. Sulla base delle attuali conoscenze ed esperienze validate, la psicoterapia è il cardine centrale del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. I modelli di trattamento psicoterapico sono rappresentati da: a) psicoterapie cognitive; b) psicoterapie psicodinamiche; c) psicoterapie relazionali sistemiche.

Nel nostro Paese questi modelli sono quelli che vantano maggiore esperienza di applicazione e contano il maggior numero di operatori. Esistono tuttavia altri modelli che meritano attenzione come la psicoterapia interpersonale oltre gli approcci psicoeducativi individuali, familiari e di gruppo.

L'attuale livello di conoscenze suggerisce che nell'adulto i farmaci psicotropi non dovrebbero essere usati come unico trattamento per l'anoressia e che invece dovrebbero essere

presi in considerazione nella prevenzione delle ricadute e nei pazienti che abbiano ristabilito il proprio peso.

Nella bulimia gli antidepressivi sono efficaci come uno dei componenti del trattamento iniziale e questa efficacia non è in relazione con la presenza di sintomi depressivi.

La formazione. Per quanto riguarda gli psicoterapeuti si ritiene determinante, al di là del modello di ispirazione, una formazione svolta, nell'ambito di scuole validate, e un periodo di tirocinio clinico presso un centro specializzato.

Per un costruttivo sviluppo delle conoscenze e della qualità degli interventi di diagnosi e terapia dei disturbi del comportamento alimentare bisognerà dare un concreto impulso ai corsi di formazione per medici di base e specialisti oltre che per tutti gli operatori sanitari coinvolti, di concerto con le Regioni e università e le società scientifiche.

La prevenzione. Per la prevenzione primaria, non esistono ancora interventi nel campo dei disturbi del comportamento alimentare, dei quali sia provata e documentata l'efficacia. In questa incertezza sembra di poter richiamare tre temi: a) l'informazione isolata non sembra sortire effetti positivi per la prevenzione; b) di particolare significato sono forse le attenzioni sulla percezione del mondo puberale e adolescenziale, sulla morte, sul futuro, sul sé, e quindi le relazioni interpersonali familiari, in particolare le ricerche nell'ambito della famiglia, sulla trasmissione dei processi di immaturità tra una generazione e la successiva e di differenziazione dei ruoli familiari; c) gli ambiti operativi per gli obiettivi della prevenzione sono la scuola, il gruppo dei coetanei, quello degli operatori sociosanitari.

La prevenzione secondaria merita particolare attenzione in quanto garantisce la possibilità di un precoce riconoscimento dei casi e di conseguenza un intervento clinico più efficace. A tal fine sarà opportuno proporre un programma di informazione-formazione da attuarsi nei confronti dei medici di base e degli operatori specializzati.

Malattie respiratorie

Le malattie respiratorie costituiscono le patologie più diffuse nella popolazione italiana; in questo paragrafo viene trattata in particolare una delle sue forme più gravi e invalidanti, la broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO) e l'asma bronchiale, malattia in crescente aumento in età pediatrica. Un'altra diffusa malattia delle vie respiratorie, la sindrome influenzale, viene trattata nel paragrafo dedicato alle malattie infettive.

Broncopneumopatia cronico-ostruttiva. La broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO) è una sindrome clinica eterogenea e complessa caratterizzata da limitazione del flusso nelle vie aeree associata a bronchite cronica ed enfisema polmonare, in varia misura coesistenti. È una sindrome ad andamento cronico con possibilità di riacutizzazioni causate da eventi molteplici, in particolare le infezioni. Un paziente con BPCO affronta da uno a quattro episodi di riacutizzazione per anno con punte fino a sei episodi all'anno. Circa il 15-20 per cento dei fumatori sviluppano i segni della BPCO. La malattia comincia in età giovanile con segni modesti, evolve poi nel tempo (tosse e catarro persistente) fino a limitare in modo grave le normali attività quotidiane e causare una morte prematura.

Dati epidemiologici. La mortalità per BPCO varia sensibilmente da paese a paese, sia per una diversa esposizione a fattori di rischio (specie il fumo di sigaretta), sia per problemi metodologici relativi alla redazione dei certificati di morte ed alle codifiche adottate. Le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di morte in Italia dopo le

Tabella 39. Fattori di rischio per BPCO

grado di certezza	fattori ambientali	fattori endogeni
certi	fumo di sigaretta esposizioni occupazionali	deficienza di alfa 1 antitripsina
probabili	inquinamento dell'aria (in particolare SO ₂ e particolato) povertà, basso stato socioeconomico alcohol fumo di tabacco ambientale nell'infanzia altre esposizioni occupazionali	basso peso alla nascita infezioni dell'apparato respiratorio nell'infanzia atopia (alti livelli di IgE) iperreattività bronchiale storia familiare
possibili	infezioni da adenovirus dieta povera di vitamina C	predisposizione genetica gruppo sanguigno di tipo A IgA-non secretori

malattie cardiovascolari ed i tumori. Negli ultimi anni i tassi di mortalità per BPCO si sono assestati intorno a valori di 30 per 100.000; in numero assoluto si tratta di valori compresi tra 17.292 nel 1988 a 19.361 nel 1997.

Nel 1997, il tasso di mortalità tra le donne è stato pari a 18,8 per 100.000 contro 41,8 dei paesi Europei. Tra gli uomini i valori corrispondenti sono 42,6 e 88,7 per 100.000. Anche in Italia, come nel resto dell'Europa, il tasso di mortalità per malattie croniche dell'apparato respiratorio è diminuito negli ultimi 20 anni. I tassi di mortalità sono più alti nel Sud che nel Nord, sono maggiori tra gli uomini rispetto alle donne (rapporto M/F=2.26) e nella fascia di età più anziana (> 65 anni). La mortalità per malattie croniche dell'apparato respiratorio è quasi completamente attribuibile alla BPCO, anche se un ruolo importante è riservato all'asma bronchiale.

La ricerca epidemiologica sulla BPCO in Italia attualmente non fornisce stime di prevalenza della malattia per l'intero territorio nazionale. Del resto è da più parti dimostrato come i casi di BPCO diagnosticati siano in realtà molto meno di quelli effettivamente presenti nella popolazione. L'entità di tale sottostima varia dal 50 per cento al 75 per cento a seconda delle fonti, ma è comunque notevole. Informazioni sull'epidemiologia delle BPCO in Italia derivano dai dati raccolti in un campione di popolazione generale che ha partecipato ad uno studio longitudinale svolto nell'area del Delta Padano (province di Ferrara e Rovigo) e nell'area urbana di Pisa. L'analisi dei dati ha evidenziato una differenza notevole tra il numero delle persone che hanno dichiarato di aver tosse ed espettorato cronico (sintomo elettivo di bronchite cronica) e quelle delle persone alle quali è stata effettivamente diagnosticata la malattia.

Nel 1999 l'ISTAT, nell'ambito dell'Indagine multiscopo, ha fornito dati sulla prevalenza di malattie croniche.

Nella graduatoria totale delle malattie croniche più frequenti, l'insieme dato da bronchite, enfisema e insufficienza respiratoria è al quarto posto con una percentuale del 4,6 per cento (maschi 5,7 per cento e femmine 3,7 per cento), mentre si colloca al terzo posto (totale 16,2 per cento, maschi 23 per cento e femmine 11,4 per cento) quando si considera la sola fascia degli ultrasessantacinquenni.

La BPCO è una condizione di grande impatto socio-economico sia per la elevata diffusio-

ne sia per le importanti conseguenze economiche sull'individuo (invalidità, perdita di produttività, peggiore qualità della vita) e sulla società (ricoveri ospedalieri, terapie complesse e costose, compresa l'ossigeno terapia domiciliare a lungo termine e la ventiloterapia domiciliare).

Sulla base della registrazione delle schede di dimissione ospedaliera presso il Ministero della sanità nel 1994 si sono verificate 61.591 casi di ricovero ordinario per maggior gruppo diagnostico (MDC) numero 4 ovvero "Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio", corrispondente al DRG 88; pari all'1,2 per cento di tutte le dimissioni e al settimo posto per numerosità, dopo l'aterosclerosi e l'ipertensione arteriosa e prima delle neoplasie dell'apparato respiratorio.

Negli anni ottanta è stata dimostrata l'efficacia della ossigenoterapia domiciliare a lungo termine nel ridurre i giorni di degenza ospedaliera e nel migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti.

La maggiore attenzione posta al trattamento della fase ipercapnica dell'insufficienza respiratoria ha portato allo sviluppo di tecniche di ventilazione non invasiva. Sono sempre più numerosi i lavori clinici ed epidemiologici che mettono in luce l'efficacia della ventilazione meccanica domiciliare non invasiva in termini di qualità ed attesa di vita e, di conseguenza, sono sempre più numerosi i pazienti reinseriti al proprio domicilio con il supporto di una ventilazione meccanica.

La ventilazione meccanica, da sempre elemento fondante le terapie intensive, è così divenuta una nuova problematica assistenziale di tipo sociosanitario. Molto scarsi sono i dati epidemiologici disponibili in Italia: non esistono al riguardo registri nazionali o regionali dei pazienti in ossigenoterapia o ventilazione meccanica domiciliare. Si calcola che in Italia siano almeno 30.000 i pazienti in ossigenoterapia, con una ragionevole attesa di aumento delle prescrizioni fino a più di 100.000. E' ipotizzabile che un numero inferiore al 5 per cento dei pazienti in ossigenoterapia sia inoltre sottoposto a ventilazione assistita domiciliare non invasiva o con tracheotomia. Ancora minori e per lo più indiretti sono i dati epidemiologici disponibili sui pazienti in ventiloterapia domiciliare. La gravità delle condizioni dei pazienti che richiedono una ventilazione a lungo termine, ne limita in ogni caso il numero assoluto.

L'insorgenza di BPCO è influenzata dall'azione di numerosi fattori di origine ambientale od individuale (riassunti nella tabella 39) che possono interagire tra loro.

Prospettive future. L'invecchiamento progressivo della popolazione e le conoscenze disponibili sulla epidemia dell'abitudine al fumo nel nostro paese non fanno prevedere una diminuzione della frequenza della malattia negli uomini mentre la prevalenza potrebbe addirittura aumentare nelle donne.

Nel complesso, le malattie respiratorie costituiranno un importante problema di sanità pubblica per le prossime decadi. Sono programmi efficaci di prevenzione primaria gli interventi per la cessazione del fumo e di bonifica dei luoghi di lavoro.

Ogni intervento per la riduzione dell'abitudine al fumo supportato dal Servizio sanitario nazionale è rilevante nel campo delle malattie respiratorie. È importante inoltre considerare la necessità di programmi di trattamento dei pazienti con diagnosi di BPCO per rallentare l'evoluzione della malattia. Le diverse strategie di trattamento sono indicate nelle linee guida cliniche della American Thoracic Society (1995) e dell'European Thoracic Society (1995).

Asma bronchiale. L'asma bronchiale costituisce un rilevante problema di sanità pubblica in età pediatrica, è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree che, per cause ancora sconosciute, presenta una prevalenza progressivamente crescente nei paesi sviluppati. Tale malattia riconosce sicuramente, fra le cause che ne determinano la presenza, una predisposizione individuale legata alla condizione di allergia. Per tale motivo sia le manifestazioni cliniche sia i più rilevanti aspetti epidemiologici dell'asma bronchiale sono strettamente associati con quelli di altre malattie allergiche.

Epidemiologia. La letteratura scientifica internazionale ha segnalato un aumento della frequenza della patologia asmatica dell'infanzia negli ultimi decenni. Si tratta di un fenomeno mondiale. Uno studio multicentrico (SIDRIA, Studi italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente) condotto in Italia nell'ambito di una iniziativa internazionale (ISAAC, International Study on Asthma and Allergies in Childhood) ha permesso di stimare la prevalenza dei problemi respiratori e delle allergie tra i bambini (6-7 anni) e gli adolescenti (13-14 anni) in Italia e di approfondire il ruolo di numerosi fattori di rischio. Per quanto riguarda la frequenza della patologia asmatica e allergica, il nostro Paese si situa, in una posizione intermedia tra le nazioni con una frequenza molto elevata come la Gran Bretagna e l'Australia e quelli con frequenza bassa come la Grecia o i paesi dell'Est europeo. Le differenze osservate all'interno delle aree italiane sono di modesta entità.

Tra i bambini di 6-7 anni si è stimata una prevalenza del 24,4 per cento per sibili nel corso della malattie su base atopica, quali la rinite e la dermatite atopica, 7,7 per cento per sibili negli ultimi 12 mesi, 1,4 per cento per 4 o più attacchi di sibili nell'anno, 5,3 per cento per dispnea con sibili nei 12 mesi, e 1,7 per cento per sibili dopo esercizio fisico. Per il campione complessivo dei ragazzi la prevalenza di asma nella vita (9 per cento) è simile a quanto riportato per i bambini (9 per cento), le frequenze di sibili nella vita (19,4 per cento), sibili negli ultimi 12 mesi (4,7 per cento), e di dispnea con sibili (3,4 per cento) nei ragazzi appaiono lievemente più basse di quanto riferito dai genitori per soggetti della scuola elementare.

Nei bambini, le prevalenze sono sempre più elevate nei maschi rispetto alle femmine sia per l'asma (11,4 per cento contro 6,4 per cento) sia per i sintomi.

Nei ragazzi, la differenza tra i sessi permane per quanto riguarda l'asma (11,8 per cento contro 8,8 per cento), mentre si annulla o addirittura si inverte (sibili con sforzo) per quanto riguarda i sintomi. Tutte le prevalenze stimate per i bambini sono, anche se in misura lieve, più elevate al centro rispetto al nord, mentre tale differenza non è presente tra i ragazzi. L'esame della frequenza di asma e di sibili per grado di urbanizzazione non mostra differenze di rilievo, con la sola esclusione della frequenza di asma tra i bambini che presenta un chiaro eccesso nelle aree metropolitane. Gran parte dei bambini e degli adolescenti affetti da asma sono in terapia con farmaci specifici. In particolare, il 34,4 per cento è in terapia solo occasionalmente, il 10,1 per cento effettua la terapia per più di tre mesi all'anno, e il 7,5 per cento è in terapia continua. Malgrado il trattamento terapeutico, tuttavia, il 4,2 per cento dei pazienti asmatici ogni anno ha bisogno di ricorrere al pronto soccorso per l'aggravarsi dei sintomi. La frequenza del ricorso al pronto soccorso è più alta tra coloro che sono in terapia continua (11,1 per cento).

Sulla base dei dati disponibili si può affermare che: a) La prevalenza di asma e di sintomi di tipo asmatico è più bassa in Italia rispetto a quanto riportato in altre nazioni, specie di lingua anglosassone; b) l'eterogeneità geografica in Italia è relativamente bassa, senza una dif-

ferenza rilevante tra nord e centro e tra aree più o meno urbanizzate; c) tra i bambini la prevalenza di malattia è più elevata tra i maschi, e tale differenza tra i sessi tende a scomparire tra i ragazzi; d) gran parte dei soggetti affetti ha bisogno di una terapia specifica ma questa non previene un frequente ricorso al pronto soccorso.

I fattori di rischio. È da notare che la patologia asmatica riconosce fattori di rischio differenti a seconda che l'esordio sia avvenuto durante i primi due anni, presumibilmente per effetto delle infezioni virali, oppure in età più tardiva per il consolidarsi di una patologia su base allergica. Un importante fattore di rischio, facilmente prevenibile, è rappresentato dalla esposizione al fumo passivo. È stato riscontrato, infatti, che più della metà dei bambini italiani vive in famiglie in cui almeno uno dei genitori è fumatore. In questi bambini è stato osservato un aumento dei casi di asma, o di malattie respiratorie in genere. L'indagine nazionale ha potuto stimare che il 15 per cento dei casi di asma in Italia tra i bambini e i ragazzi sono attribuibili al fumo dei genitori.

Mentre la letteratura sugli effetti del fumo passivo è rilevante, meno noti sono gli effetti di altri fattori indoor. La presenza di macchie di umidità o di muffa nella camera dove il bambino dorme aumenta il rischio di sintomi asmatici. L'aumento dell'umidità e della temperatura favoriscono infatti la proliferazione non solo delle muffe ma anche dell'acaro della polvere che è l'allergene più frequentemente responsabile di malattie respiratorie in soggetti geneticamente predisposti.

Un piccolo aumento di rischio di malattie respiratorie, infine, è stato riscontrato in bambini la cui abitazione è riscaldata con combustibili ad alto potenziale inquinante (legna, carbone, gas in bombole). Mentre non esiste una grande differenza nella frequenza della patologia nelle varie aree geografiche italiane, esiste, all'interno di una specifica città o di una specifica area metropolitana, una differenza di frequenza della malattia tra chi vive in strade ad alto traffico di mezzi pesanti e chi vive invece in strade lontane dal traffico. Coloro che vivono in aree ad elevata incidenza di scarichi diesel hanno, infatti, una maggiore frequenza di sintomi di tipo bronchitico e di asma.

L'ultimo elemento su cui di recente si è incentrata l'attenzione della ricerca scientifica è rappresentato da particolari abitudini alimentari che possono avere un ruolo di protezione per l'asma. È stato infatti notato che i bambini che fanno un basso uso di agrumi e di alimenti ricchi vitamina C hanno una più elevata frequenza di patologia.

Diabete

Il diabete mellito, con le sue complicanze, è uno dei maggiori problemi sanitari dei paesi economicamente evoluti e, allo stesso tempo, una delle prime voci di spesa sanitaria.

Dall'analisi di dati internazionali, accreditati dall'Organizzazione mondiale della sanità, emerge un aumento ubiquitario della malattia, tale da indurre a parlare di epidemia mondiale di diabete. Un indicatore indiretto di tale fenomeno è rilevabile anche in Italia, dove il consumo di farmaci per il diabete è in sensibile aumento. Il consumo di insulina nel periodo 1993-1999 è aumentato del 6 per cento e quello dei farmaci ipoglicemizzanti orali del 6,9 per cento. Tale fenomeno è spiegabile sia con un aumento reale della patologia, dovuto alle modificazioni dello stile di vita e all'invecchiamento medio della popolazione negli ultimi anni, sia con una maggiore intensità di trattamento derivante dalle nuove acquisizioni scientifiche.

Esistono due forme di diabete mellito:

- il diabete di tipo 1, prevalentemente (ma non esclusivamente) infantile-giovanile, che richiede un trattamento insulinico multiiniettivo sin dall'inizio e ha una genesi autoimmune derivante dall'interazione di una predisposizione genetica con cause ambientali non ancora chiare;
- il diabete di tipo 2, caratteristico dell'età adulta-senile, tipicamente associato a sovrappeso, dislipidemia e ipertensione, il quale è controllabile per anni con la dieta, l'esercizio fisico o gli ipoglicemizzanti orali; in tale forma il trattamento insulinico si rende necessario spesso, ma non sempre, dopo un certo numero anni di malattia.

La prevalenza del diabete di tipo 1 in Italia risulta essere tra lo 0,4 e l'1 per mille. L'incidenza è compresa tra i 6 e i 10 casi per 100.000 per anno nella fascia di età da 0 a 14 anni, dato confermato dai rilievi di vari registri regionali, mentre è stimata in 6,72 casi per 100.000 per anno nella fascia di età da 15 a 29 anni.

Fa assoluta eccezione a tale tendenza la Sardegna, che ha un'incidenza e una prevalenza di diabete giovanile tra le più alte del mondo, in Europa seconda soltanto alla Finlandia. In Sardegna l'incidenza del diabete di tipo 1 nella fascia di età tra 0 e 14 è di 34 casi per 100.000 per anno.

La prevalenza di diabete di tipo 2 pone problemi di rilevazione più complessi. La malattia nei primi anni è spesso asintomatica e non di rado la diagnosi viene posta nel corso di accertamenti per altre patologie o in occasione di ricoveri per complicanze già in atto, soprattutto eventi coronarici o altre vasculopatie. Da ciò discende che la prevalenza della malattia nota, desumibile da rilievi incrociati sul consumo di siringhe e farmaci, dimissioni ospedaliere e centri di diabetologia è stimata intorno al 2,7-3 per cento, mentre indagini di popolazione su ampia scala basate sulla curva da carico di glucosio forniscono percentuali sensibilmente più elevate, tra il 6 e l'11 per cento. Il fenomeno del diabete tipo 2 misconosciuto è pertanto presente anche nella realtà italiana.

La prevalenza del diabete è stata stimata anche attraverso un'indagine multiscopo sulle condizioni di salute svolta dall'ISTAT nel 1999-2000. Su 100 intervistati 3,7 dichiaravano di essere affetti da questa patologia cronica. I tassi negli uomini sono leggermente inferiori a quelli delle donne e negli anziani con età di 65 anni o più raggiungono il 12,1 per cento.

Una precisa fotografia del diabete in Italia non può prescindere da un'analisi delle complicanze croniche tardive della malattia che, in un'epoca in cui è ormai raro il decesso per cause acute, ne rappresentano il vero, principale, costo umano ed economico.

Retinopatia diabetica. La retinopatia è la complicanza del diabete che più risente di un corretto controllo glicemico. In rilevazioni epidemiologiche italiane essa si colloca come prima causa di ipovisione o di cecità legale in età lavorativa, essendo risultata responsabile del 20 per cento di tutti i casi di cecità tra i 20 e 69 anni nel periodo 1993-1995 riportati nei registri dell'Unione italiana ciechi. Casistiche su coorti di pazienti seguiti dai servizi di diabetologia italiani evidenziano una prevalenza del 20 per cento di retinopatia e dello 0,5 per cento di cecità. Casistiche di minori dimensioni, ma più accurate in quanto a rilievo del dato, forniscono una prevalenza di retinopatia non proliferante variabile tra il 23 e il 28 per cento e di retinopatia proliferante e maculopatia tra il 6 e il 12 per cento, con una maggiore frequenza di malattia nel diabete di tipo 1.

Nefropatia diabetica. In alcune casistiche nordeuropee e statunitensi la nefropatia diabetica è la prima causa di insufficienza renale terminale con accesso alla dialisi. Nel Registro

italiano di dialisi e trapianti, con riferimento all'anno 1998, essa, con il 15 per cento dei casi, si collocava al terzo posto tra tutte le cause di ingresso in dialisi. I diabetici sono il 4,7 per cento dei soggetti con rene trapiantato.

Per quanto riguarda le forme non terminali, casistiche italiane su coorti cliniche di diabetici seguiti dai servizi di diabetologia riportano per il diabete di tipo 2 una prevalenza di circa il 22 per cento di nefropatia incipiente e intorno al 7-8 per cento di nefropatia conclamata.

Piede diabetico e amputazioni. Come in altre casistiche mondiali, il piede diabetico, ovvero quel quadro di lesioni neuropatiche e vascolari che porta a lesioni trofiche delle estremità inferiori, rappresenta anche in Italia una rilevante causa di morbidità e di ricovero per i pazienti diabetici. Casistiche locali sulle amputazioni degli arti inferiori indicherebbero che in Italia il diabete è la prima causa di amputazione degli arti inferiori nella popolazione, arrivando al 60 per cento di tutte le cause di amputazione nel maschio. Casistiche su coorti cliniche di diabetici seguiti dai servizi di diabetologia riportano per il diabete di tipo 2 una prevalenza di amputazioni dell'1 per cento nei maschi e dello 0,4 per cento nelle femmine.

Complicanze coronariche e cerebrovascolari. Soprattutto nel diabete di tipo 2, esse rappresentano la prima causa di morte e la voce più costosa in termini di ricoveri ospedalieri attinenti alla popolazione diabetica. In studi ad hoc la mortalità legata a eventi cardiovascolari in presenza di diabete risulta aumentata rispetto alla popolazione generale del 67 per cento nel maschio e del 92 per cento nella femmina.

Allo sviluppo di tali complicanze concorrono le alterazioni lipidiche e l'ipertensione arteriosa, che spesso si associano al dismetabolismo glucidico accelerando la formazione di placche aterosclerotiche. In Italia il 25-30 per cento dei pazienti ricoverati nelle unità di terapia intensiva coronarica è diabetico. La prevalenza dettagliata di eventi coronarici maggiori e di tromboembolie cerebrali in una vasta casistica di diabetici seguiti dai servizi sanitari italiani è riportata nella tabella 40.

Stime sul rischio globale di sviluppare eventi coronarici, calcolate su dati rilevati in diabetici di tipo 2 italiani, indicano un rischio medio del 35-40 per cento dopo 10 anni di malattia.

L'assistenza ai diabetici in Italia. Grazie all'impulso della legge 115/87, che tuttora stabilisce le linee generali dell'assistenza al cittadino diabetico, in Italia esiste una rete di strutture specialistiche che ha pochi confronti con altri Paesi e che è stata oggetto di studi e riferimenti da parte di organizzazioni internazionali, inclusa l'Organizzazione mondiale della sanità. Un recente censimento ha evidenziato 631 servizi in tutto il territorio nazionale. Tali servizi erogano un'assistenza di tipo specialistico che si fa carico di molti aspetti della gestione della malattia e in particolare, pur con le dovute differenze, dell'educazione del malato. Sono ormai di un certo numero le segnalazioni in letteratura che dimostrano come questo tipo di assistenza, sensibilmente diversa da quella di altri Paesi, dove l'invio a un centro specialistico avviene soltanto in determinate occasioni, è particolarmente efficace nel prevenire le complicanze e a contenere i costi della patologia a medio e lungo termine.

I costi del diabete. Una recente analisi sull'impatto economico del diabete in Italia stima in 10.011 miliardi di lire annui il costo totale di tale patologia, pari al 6,65 per cento della spesa sanitaria nazionale complessiva. Il costo dell'assistenza sanitaria erogata a un paziente diabetico aumenta da 3 a 4 volte se sussistono o solo complicanze cardiocerebrovascolari o solo complicanze microvascolari (a carico di rene, retina e sistema nervoso periferi-

Tabella 40. Prevalenza di eventi coronarici e cerebrovascolari nei diabetici di tipo 2

	maschi (%)	femmine (%)	totale (%)
infarto	9,1	3,3	6,2
tromboembolia cerebrale	3,4	2,4	2,9
cardiopatía ischemica	6,0	6,3	6,1
angioplastica coronarica	1,2	0,5	0,8
bypass aortocoronarico	3,0	1,0	2,0

co) e di 5 volte se sono presenti ambedue questi tipi di complicanze. Di qui la considerazione che, alla luce delle prove scientifiche che hanno dimostrato l'efficacia delle cure in tale settore, il trattamento intensivo e preventivo della malattia sin dall'esordio non solo permette di migliorare la qualità di vita del paziente diabetico, la morbilità e la mortalità della malattia, ma è anche vantaggioso sul piano economico.

BIBLIOGRAFIA

Bruno G. et al. Comparison of incidence of insulin-dependent diabetes mellitus in children and young adults in the Province of Turin, Italy, 1984-91. Piedmont Study Group for Diabetes Epidemiology. *Diabet Med* 1997; 14 (11): 964-9.

Censimento delle strutture diabetologiche italiane. *Giornale Italiano di Diabetologia e Metabolismo* 1999, 10. Comitato Scientifico Studio DAL. Presso Laboratorio di Epidemiologia e Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità. Roma: Personal Communications.

Dati epidemiologici sul diabete mellito in Italia. *Epidemiologia e prevenzione* 1995, 48-49: 55-58.

Epidemiology of lower extremity amputation in centres in Europe North America and East Asia. *British Journal of Surgery* 2000; 87: 328-337.

Grassi G et al. Evaluating the Framingham risk equations for predicting heart disease in type 2 diabetes. *Diabetologia* 2000 (suppl.): 43: 1A.

Lo studio CODE 2. *Pharmacoeconomics* 2000, vol. 1 (2).

Muggeo M et al. The Verona Diabetes Study: a population-based survey on known diabetes mellitus prevalence and 5-years all-cause mortality. *Diabetologia* 1995; 38 (3): 318-25.

Prevalence of NIDDM and impaired glucose tolerance in Italy: an OGTT-based population study. *Diabetologia* 1995; 38: 306-313.

Registro italiano di dialisi e trapianti. <http://www.sin-italia.org/homepage/registri.htm>

The Bruneck study. *Diabetes Care* 1998; 21: 221-229.

Cause violente

Incidenti domestici. Il fenomeno degli infortuni in casa mostra un andamento in continua crescita confermando (dati ISTAT), comunque, una certa costanza nei comportamenti soprattutto in relazione alla distribuzione geografica.

Si è passati da 2.743.000 infortuni nell'anno 1988, a 3.848.000 nel 1997 e a 4.132.000 nel 1998 mentre, per quanto concerne il numero di persone infortunate, questo è passato da 2.103.000 nel 1988 a 3.352.000 nel 1997 e nel 1998 con maggiore incidenza per il sesso femminile che risulta essere il doppio di quella maschile.

Il dato, espresso in valore assoluto, evidenzia comunque un fenomeno estremamente grave e diffuso che potrebbe trovare una giustificazione nel fatto che, allo stato attuale, la

Tabella 41. Infortuni domestici per sesso e classe di età. Anni di rilevazione 1990, 1998. (dati assoluti in migliaia)

classi di età	anno 1990				anno 1998			
	maschi		femmine		maschi		femmine	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-5	127	12,62	83	3,62	160	13,99	92	3,06
6-14	160	15,89	124	5,40	100	8,74	76	2,53
15-24	110	10,92	225	9,81	92	8,04	196	6,52
25-44	243	24,13	721	31,43	284	24,83	956	31,82
45-64	227	22,54	685	29,86	288	25,17	892	29,6
> 65	140	13,90	456	19,88	220	19,23	792	26,36
totale	1.007	100,0	2.294	100,0	1.144	100,0	3.004	100,0

definizione di caso e la misura della frequenza in relazione all'esposizione e della gravità dell'infortunio non sono state ancora definite. Le categorie dei soggetti a rischio, ovvero quelle più coinvolte dall'evento infortunistico, sono le persone in età avanzata e più precisamente quelli appartenenti alla fascia di età compresa fra 45 e 64 anni seguita dalla classe 25-44 anni.

L'andamento per classi e sesso è riportato nella tabella 41 in cui è riportato altresì il confronto tra il 1990 ed il 1998.

L'analisi di tale distribuzione mette in luce un aspetto molto interessante dal punto di vista della tipologia dei soggetti maggiormente a rischio. Si nota, infatti, che i due punti di massima incidenza di infortunio si verificano in corrispondenza dell'età infantile (meno di 5 anni) per i maschi e dell'età avanzata (maggiore di 75 anni) per le femmine.

Una spiegazione a tale inversione di tendenza può essere fornita considerando per la fascia di età infantile, l'attitudine, o meglio, il comportamento che i bambini assumono durante le loro attività ludiche: infatti, la competitività, esercitata con un maggiore riferimento alle risorse fisiche individuali (giochi di forza, sport di contatto), possono essere l'origine di una maggiore propensione a subire infortuni.

Superati i 14 anni d'età, invece, la donna diventa la categoria di soggetti più esposti e quindi più infortunati. Questo a causa del peso che le attività domestiche, occupazionali ed il ruolo di mamma esercitano nel loro stile di vita.

Tabella 42. Causa di incidente: numero e percentuale

scale	368.000	14,4%
pavimenti	337.000	13,2%
mobili/abitazione	250.000	9,8%
piccoli elettrodomestici	131.000	5,1%
coltello	279.000	10,9%
attrezzi da lavoro	134.000	5,3%
forni/fornelli	128.000	5,0%
altro	212.000	8,3%

Tabella 43. Tipo di trauma: numero e percentuale

ferita	964.000	37,7 %
ustione	527.000	20,6 %
frattura	399.000	15,6 %
altra lesione	544.000	21,3 %

Caratteristiche dell'infortunio. La causa prevalente di infortunio è rappresentata dalla struttura architettonica della casa (scale, pavimenti, mobili/abitazione) che rende conto del 37,4 per cento degli eventi osservati. Il sesso femminile risulta essere maggiormente coinvolto nell'evento infortunistico.

Per alcune cause esso rappresenta la quasi totalità dei soggetti infortunati: è il caso delle pentole (91 per cento), di forni e fornelli e piccoli elettrodomestici (89 per cento).

È interessante notare che, in relazione alla causa di incidente, solo una parte dei soggetti infortunati di sesso femminile esercita l'attività di casalinga.

Viceversa, per cause quali l'uso di attrezzature da lavoro e l'impianto elettrico la maggior parte degli infortunati è riconducibile all'altro sesso (79 per cento e 52 per cento rispettivamente).

Il numero medio di infortuni per persona sembra essere più elevato per cause quali forni e fornelli (1,5), impianto di riscaldamento (1,6) e piccoli elettrodomestici (1,5) rispetto alle altre.

Tipo di trauma e conseguenze prodotte dall'infortunio. In relazione alla tipologia, la ferita rappresenta la conseguenza traumatica più frequente (37,7 per cento). Non trascurabile appare la frequenza percentuale relativa all'ustione (20,6 per cento) che tuttavia risulta leggermente inferiore a quella degli altri tipi di lesione non esattamente specificati (21,3 per cento).

Le fratture rappresentano il trauma che in valore assoluto produce le conseguenze più gravi, infatti, prevalgono nettamente gli infortuni che richiedono tra i 15 e 30 giorni di recupero delle attività quotidiane con un numero di giorni di permanenza nel letto superiore rispetto agli altri traumi.

Circa la forma assistenziale cui si è fatto ricorso si rileva che, in generale (circa l'80 per cento dei casi), gli infortuni occorsi hanno richiesto un solo intervento assistenziale, prestatato in circa il 63 per cento dei casi dai "familiari". Ben più modesto appare il ricorso a forme di assistenza alternative quali il "pronto soccorso" (20 per cento circa) e il "medico" (14 per cento).

Incidenti sul lavoro. La dimensione del fenomeno infortunistico rimane importante e sostanzialmente invariata negli ultimi anni. Considerando gli infortuni accaduti nel complesso dei settori economici di attività, il flusso delle denunce, dopo una iniziale diminuzione da 1.014.733 casi del 1995 a 948.727 del 1997, si è posizionato nel 1999 su 986.857 casi (-2,7 per cento rispetto al 1995). Gli infortuni mortali sono stati 1.360 nel 1999, e nel quinquennio considerato sono stati sempre superiori alla soglia dei 1.300 casi per anno (oltre 3 infortuni mortali al giorno). Questo a fronte di un numero complessivo di occu-

pati in modesta crescita (+3,3 per cento) nello stesso intervallo di tempo. Quanto alle conseguenze derivanti da infortuni accaduti nel 1998, sono stati definiti in agricoltura 71.546 casi con inabilità temporanea (92,6 per cento dei casi totali), 5.508 con inabilità permanente (7,2 per cento) e 142 con esito mortale (0,18 per cento). La durata media per i casi di inabilità temporanea è stata pari a 27 giorni.

Nel settore Industria e servizi, per lo stesso anno, si registrano 1.208 infortuni mortali, con una percentuale sul totale (0,27 per cento) che risulta leggermente superiore a quella osservata in agricoltura; la quota delle inabilità permanenti è 4,4 per cento mentre la durata media dell'inabilità temporanea risulta pari a 23 giorni. Si può osservare che, rispetto all'agricoltura, gli infortuni dell'industria e servizi comportano una proporzione minore di postumi permanenti e un più breve periodo di assenza dal lavoro. Il fenomeno infortunistico presenta importanti variazioni geografiche e per settore di attività produttiva che sono ben rappresentate dagli indici di frequenza, calcolati per mille addetti e basati sulla media dei casi indennizzati nel triennio 1996-98 al fine di stabilizzarne le oscillazioni temporali.

Tali dati sono disponibili solo per le attività dell'Industria, commercio e servizi, considerate in questa sede secondo la classificazione delle attività economiche ATECO91, che nel periodo suddetto occupano il 94 per cento di tutti i lavoratori. L'esame della distribuzione geografica degli indici di frequenza mostra ampie variazioni (tabella 44), prevalentemente spiegate dalle differenze di composizione delle attività produttive nei rispettivi territori. Si riscontrano valori più elevati nelle regioni Umbria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Marche.

Osservando i valori riferiti agli infortuni mortali, si nota che le frequenze maggiori sono riferite alle regioni meridionali: in particolare Basilicata, Puglia e Campania hanno valori uguali o superiori al doppio dell'indice riscontrato in Piemonte, Lombardia, Toscana e Lazio.

Analizzando la ripartizione settoriale all'interno del ramo Industria, commercio e servizi, gli indici di frequenza si segnalano quali settori più a rischio l'industria del legno l'industria dei metalli e le costruzioni. All'interno del gruppo dell'industria manifatturiera, si trovano evidenziate anche l'industria della trasformazione di minerali non metalliferi e l'industria della fabbricazione di mezzi di trasporto. Se si considerano solo gli infortuni mortali, che presentano un valor medio di tutto il ramo pari a 0,09, valori notevolmente più elevati sono registrati dai settori dell'estrazione di minerali (0,46), delle costruzioni (0,28) e dei trasporti (0,24).

Infine, l'analisi del modo in cui avvengono gli incidenti riferito ai casi accaduti nel 1998, mette in luce che in agricoltura oltre il 45 per cento di tutti gli infortuni mortali è dovuto a due sole modalità: schiacciamento e incidente alla guida di mezzi. Anche per quanto attiene agli infortuni con postumi permanenti, due modalità provocano da sole il 45 per cento dei casi: le cadute dall'alto e quelle in piano. Tra gli agenti materiali, cioè gli strumenti che venendo a contatto con la vittima ne provocano le lesioni, le macchine e i mezzi di sollevamento e trasporto intervengono nel 70 per cento dei casi mortali. Gli infortuni con esito permanente sono caratterizzati nel 54 per cento dei casi dall'ambiente di lavoro e dalle macchine.

Nel settore industria, commercio e servizi si individuano, quali forme di infortunio a più elevata frequenza e gravità, gli incidenti alla guida e gli incidenti a bordo, seguite dalle

Tabella 44. Frequenze relative d'infortunio per regione e tipo di conseguenza, settore Industria commercio e servizi, aziende monolocalizzate, media triennio 1996/98 (per 1.000 addetti)

	tipo di conseguenza inabilità temporanea	inabilità permanente	morte	totale
Piemonte	37,87	2,15	0,07	40,09
Valle d' Aosta	39,71	2,19	0,12	42,01
Lombardia	35,94	1,87	0,07	37,88
Liguria	46,48	3,41	0,08	49,97
Trentino Alto Adige	46,13	2,22	0,08	48,42
Veneto	52,37	2,32	0,10	54,79
Friuli Venezia Giulia	53,52	2,85	0,10	56,48
Emilia Romagna	54,42	2,84	0,10	57,36
Toscana	46,14	2,95	0,07	49,17
Umbria	58,62	4,40	0,10	63,12
Marche	52,56	3,55	0,10	56,21
Lazio	27,67	1,84	0,07	29,58
Abruzzo	48,60	3,09	0,13	51,82
Molise	42,95	2,83	0,13	45,91
Campania	28,85	3,59	0,14	32,58
Puglia	46,62	3,49	0,16	50,27
Basilicata	52,73	3,37	0,19	56,29
Calabria	33,20	2,79	0,13	36,12
Sicilia	29,84	2,34	0,11	32,29
Sardegna	38,63	2,67	0,13	41,43
Italia	41,89	2,39	0,09	44,37

fonte dati INAIL

elaborazione ISPESL

I dati utilizzati per la presente analisi sono di fonte INAIL e ISTAT e fanno riferimento alla distribuzione degli occupati ed ai casi di infortunio denunciati nel quinquennio 1995-1999, quali dati più recenti ad oggi disponibili, nonché, per analisi più specifiche del fenomeno, ai casi accaduti nel 1998 e definiti con indennizzo dall'Istituto assicuratore al 30 giugno 2000.

cadute e dalle ferite con oggetti di lavoro; tali modalità provocano 883 casi mortali su un totale di 1.208, pari a oltre il 73 per cento del settore.

I soli infortuni alla guida e a bordo di autoveicoli raggiungono una quota pari al 50 per cento dei casi mortali, sottolineando l'importanza degli infortuni da incidenti stradali, anche in agricoltura, che porta a considerare la necessità di orientare gli interventi preventivi non solo all'ambiente di lavoro in senso stretto ma anche all'uso di automezzi per trasporto di uomini e materiali.

L'analisi delle forme di avvenimento legate a postumi permanenti evidenzia le cadute dall'alto ed in piano, pari al 29 per cento di tali eventi. In conclusione il fenomeno infortunistico sembra, per frequenza e gravità, sostanzialmente stabile, insensibile cioè ai cambiamenti della normativa sulla sicurezza che negli ultimi anni hanno interessato il mondo del lavoro.

Occorre prevenire le circostanze che determinano l'infortunio migliorando l'attuale sistema di formazione e informazione nei confronti degli attori della gestione della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.

LA SALUTE IN ALCUNI GRUPPI DI POPOLAZIONE

Infanzia e adolescenza

La salute fisica dell'infanzia e dell'adolescenza è di buon livello in Italia. Si può affermare, sia pure in senso generale, che i bambini e gli adolescenti italiani mediamente sono sani e dispongono di una rete efficiente di servizi per affrontare eventuali malattie d'organi e apparati. Il pediatra di base è stato indubbiamente un'innovazione utile a questo scopo. Altrettanto efficace è il piano di vaccinazione e l'attenzione che attraverso la scuola viene rivolta a tutti gli studenti in età pediatrica. Se, per esempio, si osservano alcuni comportamenti acquisiti della popolazione, anche per motivi estetici, come quelli relativi alla salute dell'apparato masticatorio e dentale, occorre ammettere che la cura e conservazione dei denti ha raggiunto un livello di impegno, anche economico, particolare, fino a riservare alle estrazioni dentali un ruolo ormai solo storico.

Con questi buoni risultati contrasta, nell'infanzia e nell'adolescenza, la disattenzione per la promozione della salute psichica o meglio per tutte quelle strategie e interventi tesi a contrastare o alleviare il disagio psichico che sta sovente alla base di comportamenti inaccettabili e distruttivi per il singolo, prima ancora che per le famiglie e la società.

Si fa riferimento a un'area di particolare rilievo, anche se non facilmente definibile: l'area del malessere dei bambini e dei giovani, che si manifesta in comportamenti e in atteggiamenti che preoccupano proprio per la loro distruttività e violenza.

Occorre fare subito una distinzione e affermare che l'area della popolazione qui esaminata è molto variegata e include soggetti sani anche psichicamente, con una buona relazione familiare e un ottimo impegno nell'ambito delle scelte di studio o di lavoro compiute.

Occorre anche dire che il termine disagio è oggi abusato e che, quanto meno, dovrebbe essere distinto in disagio esistenziale e disagio clinico o patologico.

Con il primo termine si intende fare riferimento a un malessere che ha una funzione utile e che fa parte delle esperienze esistenziali. Di fronte a una nuova prova è da attendersi una sensazione di disagio e di difficoltà, accompagnata dall'ansia della novità, che in queste circostanze rappresenta un meccanismo di attivazione utile, finalizzato a dare il meglio di sé a livello individuale. Un disagio, dunque, reattivo a una situazione, e pertanto passeggero, ben diverso dal disagio patologico, che è rappresentato da una condizione prolungata e stabile che certo non aiuta ad affrontare la nuova prova, ma semmai la rende più complicata. Questo è il disagio su cui occorre intervenire.

Da quanto detto risulta evidente come si debba impedire che il disagio sia percepito sempre come un sintomo e come esso debba essere nettamente distinto e diagnosticato. Una volta che esso sia stato rilevato, non deve essere minimizzato, anche se non necessariamente l'intervento utile è quello che passa attraverso il sistema sanitario, e non piuttosto quello condotto attraverso una corretta gestione da parte della famiglia e della scuola.

Si impone una cultura nuova nell'intervento volto all'infanzia e all'adolescenza e i bisogni emergenti dimostrano quanto sia insufficiente una visione puramente sanitaria del problema, rivolta solo al sintomo. È questo un campo dove la sanità ha bisogno della scuola, delle politiche sociali e di piani di sviluppo economico futuro su cui devono inserirsi i giovani.

Bisogni dell'infanzia. Il bambino è una realtà per molti versi ancora da scoprire e ciò riguarda proprio la sua dimensione e i suoi bisogni di relazione e psicologici. Oggi sappia-

mo che egli è persona fin dal primo momento della nascita e ciò significa che ha bisogni psicologici e necessità di stare con i propri genitori, e non solo di essere nutrito.

Ciò rappresenta una vera rivoluzione all'interno della cultura che ha dominato per lungo tempo e che vedeva il bambino, fino alla comparsa del linguaggio verbale, come un oggetto o un vegetale che cresceva in altezza e peso.

Oggi sappiamo che tra 0 e 3 anni si compie uno dei processi più importanti dal punto di vista della crescita psicologica: il processo di individuazione-separazione che termina con la percezione da parte del bambino di essere un individuo separato e capace di relazione, un sé capace di dare e avere dagli altri. Solo se questo processo si compie egli avrà fiducia e si proporrà nella relazione. È questo un periodo entro cui si ipotizza trovino origine alcune caratteristiche della personalità e alcuni possibili difetti di questa.

Insomma il bambino è una realtà da scoprire e per questo occorre certo studiarlo scientificamente, ma soprattutto attivare processi conoscitivi ed educativi nei confronti della popolazione (bisogna, per esempio, insegnare alle madri e ai padri, ma anche ai nonni, a rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino).

Può apparire sconvolgente sapere che un bambino, già entro il primo anno di vita, può provare la depressione o un senso di inadeguatezza, espresso con un linguaggio non verbale, e che certi sintomi somatici sono più propriamente equivalenti psichici di somatizzazioni.

Un bambino da studiare, soprattutto in relazione a questa società e all'uso delle sue scoperte tecnologiche: con ciò ci si riferisce alla televisione, ai videogiochi e a una meccanica, ormai entrata nei processi educativi, che talora sembra ricca di stimoli e povera in affetti.

La sanità deve guardare alla prevenzione, ma soprattutto in questo ambito è necessario promuovere una strategia intersettoriale, in accordo con il Dipartimento degli affari sociali, che ha promosso una discussione in parlamento attraverso una proposta di legge sulla difesa dell'infanzia e della adolescenza, con il Ministero della pubblica istruzione, che ha tentato di proporre ritmi scolastici più adeguati alle conoscenze riguardanti la crescita dei bambini, partendo dal superamento dell'idea che solo a 6 anni il bambino acquista la capacità di diventare uno scolaro. L'Italia deve affrontare questo tema di frontiera per il suo stesso futuro; sempre più, infatti, si presentano fatti di violenza che portano in primo piano i processi educativi dell'età infantile come strumento di prevenzione primaria e contemporaneamente come strumento di terapia psicologica e relazionale. Un esempio è la pedofilia, tema che coinvolge tutti: l'educazione e la formazione della personalità del bambino attuate oggi diventeranno garanzia di salute psichica dell'adulto domani. La pedofilia è, infatti, una malattia, prima che un crimine, e la sanità deve affrontare questo tema per la parte di sua competenza, allo scopo di prevenire con una diagnosi precoce un potenziale pedofilo (in questo ambito la ricerca deve essere potenziata), ma anche curare e riabilitare all'occorrenza. È chiaro che aiutare i bambini a crescere bene significa anche aiutare le famiglie a capirli e gli insegnanti a conoscerne le esigenze mentali, intellettive e affettive. In questo senso è positiva la decisione del governo di prevedere una laurea per gli insegnanti della scuola primaria e di dotarli di conoscenze psicologiche adeguate.

Bisogni dell'adolescenza. L'adolescenza, il periodo che dalla pubertà va fino a 18 anni di età (si considera come indicatore discriminante il diritto di voto), è una condizione fisiologicamente problematica. Rappresenta una stagione di grandi mutamenti somatici, psicologici e sociali e, per certi aspetti, una vera metamorfosi che pone l'adolescente di fronte a una percezione di sé nuova e sconvolgente.

La crisi adolescenziale va dunque considerata fisiologica e legata alle vicende esistenziali, ma, proprio perché si tratta di un cambiamento di personalità in una società dove non è facile orientarsi e dove i punti di riferimento sono divenuti molteplici e tra loro incoerenti, il rischio di comportamenti anomali è alto. L'adolescenza è uno di quei periodi in cui il disagio è presente, e forse sarebbe preoccupante se esso non si manifestasse, perché significherebbe che l'adolescente è legato a un'infanzia che non vuol abbandonare e che così si prolunga in maniera inopportuna.

D'altra parte, la crisi adolescenziale deve essere transitoria e dunque mantenersi entro tempi e modi adeguati, così da non sfociare nel fenomeno delle adolescenze ritardate e persino interminabili, che portano ad avere adolescenti di 40-50 anni.

Queste osservazioni mostrano come l'adolescenza non sia un fatto meccanico che si consuma, seguendo le caratteristiche di una reazione chimica, ma dipende anche dalle famiglie e più in generale dalla società, capace quest'ultima di favorire il passaggio attribuendo dei ruoli precisi ai giovani, rendendoli infine protagonisti e non più soggetti bloccati in una sorta di gravidanza sociale quale appunto l'adolescenza appare.

I comportamenti patologici più frequenti nell'adolescenza, i cui dati sono presenti nei rispettivi capitoli, sono:

- l'abuso di sostanze: dal fumo all'alcol, dai derivati della canapa indiana alla dipendenza da oppiacei; non vi è dubbio alcuno che la dipendenza (e non solo quella da sostanze) è un limite posto al comportamento giovanile e una distorsione che porta ad azioni contro di sé e la comunità;
- il suicidio, che si lega in molti casi a un vissuto di solitudine e alla paura di non piacere;
- all'altro e quindi di rimanere senza senso dentro la comunità;
- i disturbi del comportamento alimentare, in grande crescita sia nell'espressione anoressica sia in quella bulimica;
- gli incidenti stradali, come esempio di una tendenza a mostrarsi eroe in operazioni fuori del comune, quando non appartengano in realtà a suicidi mascherati;
- i comportamenti contro le regole della famiglia e della società, con conseguenze in quest'ultimo caso penali.

Si tratta di vere e proprie patologie a forte impatto sociale che chiamano in causa innanzitutto la psichiatria, ma ovviamente anche tanti altri settori dell'attività pubblica: dalla scuola al dicastero del lavoro, a quello della giustizia.

Il problema è soprattutto preventivo, si sa, a questo proposito, che è molto più difficile intervenire con un progetto di recupero.

Si possono distinguere fattori di rischio aspecifici, tra cui il senso di malessere e la paura di esclusione dal gruppo dei coetanei, che sono all'origine di un malessere che induce o depressione o atti pseudoeroici. Si tratta di fattori che non si legano specificamente a uno o all'altro dei disturbi indicati, ma che ne rappresentano la fonte comune. In questo capitolo si trovano le frustrazioni e il senso di malessere che si avverte in una circostanza o in un ambiente (la scuola e la famiglia). La frustrazione è il segnale di una relazione che non funziona e la sua intensità ne mostra il rischio di fuga dalla relazione stessa.

Vi sono poi rischi specifici per ciascuno dei disturbi adolescenziali richiamati, che tendono a indirizzare il malessere verso l'uso di sostanze stupefacenti o verso un disturbo del comportamento alimentare, o verso l'appartenenza a gruppi con forti componenti antisociali.

Il gruppo è un elemento essenziale a questa età e se è indubbio che riveste una funzione

importante nella crescita autonoma dei giovani nei confronti della famiglia d'origine, favorendo l'acquisizione di una dimensione sociale, è altrettanto vero che può alterare le loro percezioni sul lecito e sul vietato, in altre parole sulla norma legislativa, e così costituire una forza di devianza notevole.

Il campo dei rischi specifici deve portare a promuovere una ricerca attenta nel mondo giovanile, per uscire anche da una genericità che non aiuta a interventi seri.

Il Ministero della sanità ha fornito il proprio contributo in questo campo promuovendo una ricerca dal titolo "Forme estreme di disagio giovanile: anoressia, bulimia, suicidi, tossicodipendenze. Analisi dei bisogni e qualità degli interventi pubblici e privati", presentata in un seminario tenutosi il 6 giugno 2000 presso la sede centrale del Ministero.

Lo scopo della ricerca era quello di identificare quali stili di vita e quali percezioni mentali affettive caratterizzassero queste forme estreme di disagio. Si tratta di una ricerca che è tuttora aperta e che ha mostrato l'importanza della percezione che i giovani hanno del futuro, della morte e del proprio corpo come base del loro comportamento e dei disturbi comportamentali che ne derivano. Da questa ricerca si è avuta conferma di come la formazione, l'educazione, il modo di pensare e di percepire la vita condizionino il comportamento e dunque la salute mentale prima di ogni altro ambito.

La salute delle donne in gravidanza

Assistenza in gravidanza, parto e puerperio. In Italia i dati disponibili indicano che l'assistenza in gravidanza e durante il parto è generalmente buona. Infatti, da due indagini nazionali condotte nel 1995-1996 e nel 1999 dall'Istituto superiore di sanità in collaborazione con gli operatori del Servizio sanitario nazionale è risultato che il 99 per cento delle donne era stato seguito in gravidanza da un operatore sanitario (il 75 per cento da un ginecologo privato) e che più dell'85 per cento aveva effettuato la prima visita entro il terzo mese di gravidanza (secondo mese come valore medio e mediano della distribuzione).

Si è osservato tuttavia un ricorso eccessivo ad alcune procedure mediche sulla cui utilità non esistono prove scientifiche sufficienti: più del 60 per cento delle donne era stato sottoposto ad almeno quattro ecografie in gravidanza (il protocollo nazionale ne raccomanda tre in caso di gravidanze fisiologiche) e il 70 per cento a monitoraggi cardiocardiografici in gravidanza.

Si è inoltre notata una certa carenza di conoscenze e un basso ricorso ad alcune tecniche poco invasive ed importanti per la prevenzione di esiti negativi: il 79 per cento delle intervistate non aveva eseguito esami preconcezionali, il 31 per cento non era stato informato dell'esistenza di tecniche di diagnosi prenatale e il 77 per cento non aveva partecipato a un corso di preparazione alla nascita. La maggior parte (più dell'85 per cento) delle donne dichiarava di non aver fumato in gravidanza e il 75 per cento di avere assunto farmaci, principalmente ematologici e nutrizionali.

Il 92 per cento delle intervistate aveva allattato durante il ricovero. Tuttavia, solo il 66 per cento aveva potuto farlo per la prima volta entro poche ore dal parto, benché sia stato ormai ampiamente dimostrato che un inizio precoce sia un fattore favorevole per la riuscita dell'allattamento materno prolungato. Queste due indagini hanno infine evidenziato notevoli differenze regionali e per condizione socioeconomica. Come indicato dai dati nazionali raccolti dall'ISTAT, la nascita si verifica nella maggioranza dei casi negli istituti di cura pubblici

Tabella 45. Percentuale di parti con taglio cesareo in Italia tra il 1980 e il 1996

regioni	1980	1996	aumento percentuale (1980-1996)
Piemonte	14,1	25,4	80,1
Valle d'Aosta	15,6	21,1	35,3
Lombardia	13,4	21,7	61,9
Trentino	11,8	18,7	58,5
Veneto	11,4	23,2	103,5
Friuli	12,5	16,5	32,0
Liguria	14,6	25,3	73,3
Emilia Romagna	13,8	25,4	84,1
Toscana	8,4	21,6	157,1
Umbria	13,2	24,4	84,8
Marche	12,7	30,0	136,2
Lazio	15,6	32,1	105,8
Abruzzo	14,2	26,5	86,6
Molise	13,2	28,4	115,1
Campania	8,5	36,3	327,1
Puglia	9,8	30,2	208,2
Basilicata	11,3	33,7	198,2
Calabria	7,1	28,2	297,2
Sicilia	9,4	34,2	263,8
Sardegna	5,4	25,9	470,4
Italia	11,2	27,9	149,1

(87,6 per cento nel 1996, ultimo dato disponibile). Si evidenzia inoltre un ricorso sempre più frequente al taglio cesareo: dall'11,2 per cento del 1980 si è passati al 21,2 per cento del 1990 e al 27,9 per cento del 1996. Attualmente l'Italia è il paese europeo con la più alta percentuale di parti con taglio cesareo. La tabella 45 riporta i dati del 1980 e del 1996 distribuiti per regione. Gli aumenti maggiori si sono osservati tra i parti effettuati nelle case di cura e nelle regioni del Centro e del Sud Italia (nel 1996 il valore massimo è stato pari al 36,3 per cento e ha interessato la Campania).

La proporzione di nati pretermine (<37 settimane di gestazione) è rimasta invariata negli ultimi anni, con valori simili ad altri Paesi europei: poco più dell'1 per cento prima di 33 settimane e il 5 per cento tra 33 e 36 settimane.

Anche la distribuzione percentuale dei nati per classe di peso alla nascita è rimasta sostanzialmente costante negli anni. Pesi inferiori a 1.500 g si osservano nell'1 per cento dei nati, il 5 per cento ha un peso compreso tra 1.500 e 2.499 g, l'87 per cento tra 2.500 e 3.999 g e circa il 7 per cento supera i 4.000 g di peso alla nascita.

Aborto spontaneo. L'Italia è uno dei pochi paesi che dispone, dal 1956, di una rilevazione nazionale di questo fenomeno. Ogni anno vengono notificati in Italia circa 60-70.000 aborti spontanei e, da un punto di vista temporale, il fenomeno è in leggero aumento (66.666

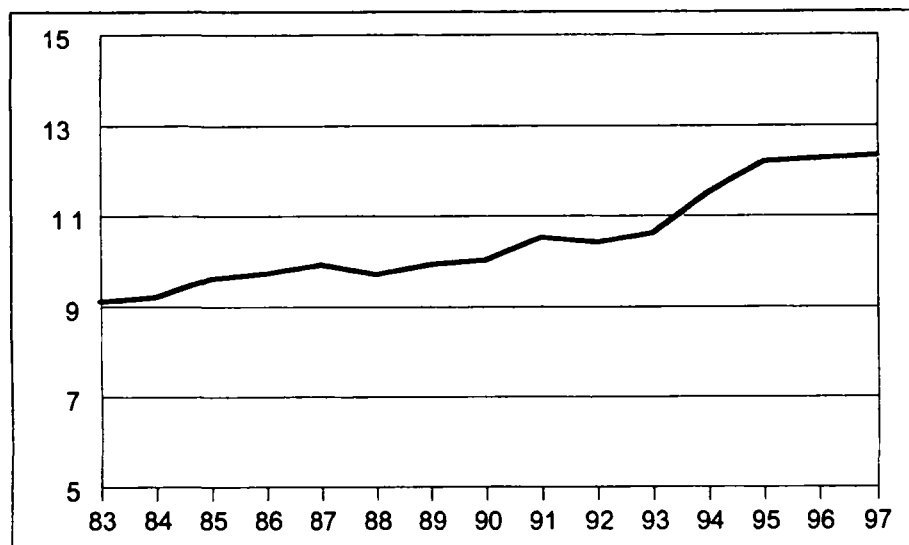


Figura 51.
Rapporto
di abortività
spontanea
per 100 nati vivi
in Italia
tra il 1983
e il 1997.

nel 1998, ultimo dato disponibile). Nel periodo 1983-97 il rapporto nazionale è passato, infatti, da 9,1 a 12,4 aborti spontanei per 100 nati vivi (figura.1). Esistono notevoli differenze tra le varie regioni, con valori generalmente più elevati al Centro e al Nord (13,6 aborti spontanei per 100 nati vivi al Nord nel 1997, 14,9 al Centro e 10,3 al Sud).

Globalmente, la frequenza dell'aborto spontaneo risulta aumentare con il crescere dell'età della donna, in particolare sopra i 34 anni.

L'aumento dell'incidenza del fenomeno nel corso del tempo può essere attribuibile principalmente a una modifica nella raccolta dei dati (dal 1994 le informazioni riguardano anche gli aborti spontanei che non hanno richiesto degenza), a una migliorata notifica dell'evento e all'innalzamento dell'età della madre al momento del parto.

Interruzione volontaria di gravidanza. Dal 1978 è in vigore in Italia la legge 194, recante "Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza", che regola le modalità del ricorso all'aborto volontario. Grazie a essa, qualsiasi donna per motivi di salute, economici, sociali o familiari può richiedere l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gestazione. L'intervento può essere effettuato presso le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale e le strutture private convenzionate e autorizzate dalle regioni.

Dopo un aumento iniziale del fenomeno, con un massimo di 234.801 IVG nel 1982 (tabella 46), si è osservata in questi anni una tendenza alla diminuzione dell'incidenza di IVG, fino a raggiungere i 139.386 interventi nel 1999, pari a 9,9 IVG per 1000 donne di età tra 15 e 49 anni (dato preliminare). I maggiori decrementi si sono osservati tra le donne di età compresa tra 25 e 39 anni.

Rispetto al quadro internazionale, l'Italia si colloca in una posizione intermedia. Permangono tuttavia notevoli differenze all'interno del Paese tra regioni e tra aree geografiche. Inoltre l'Istituto superiore di sanità ha stimato che esiste ancora una certa quota di aborti clandestini (27.000 nel 1998), che si distribuisce in maniera eterogenea sul territorio nazionale, con, in generale, una maggior frequenza nelle regioni del Sud.

Dagli studi sino a oggi effettuati, si è osservato che il ricorso all'IVG non è nella maggioranza dei casi una scelta di elezione, bensì una conseguenza dell'incapacità concreta di regolare la fecondità con altri metodi, nonostante vi sia un'attitudine positiva in questo

Tabella 46. Numero, tassi e rapporti di abortività volontaria. Italia tra il 1978 e il 1999

anno	numero	tasso	rapporto	anno	numero	tasso	rapporto
1978*	68.700	10,1	171,7	1990	165.845	11,4	285,6
1979	187.456	13,6	277,0	1991	160.494	11,0	286,9
1980	222.499	16,1	345,3	1992	155.266	10,7	276,9
1981	224.067	16,2	363,2	1993	150.863	10,5	273,0
1982	234.801	17,2	380,2	1994	142.657	9,9	270,5
1983	233.976	16,9	381,7	1995	139.549	9,7	267,7
1984	227.446	16,4	16,4	1996	140.398	9,8	267,1
1985	210.597	14,9	365,9	1997	140.525	9,8	265,7
1986	198.375	13,9	357,5	1998	138.357	9,8	268,4
1987	191.469	13,3	346,7	1999**	139.386	9,9	266,9
1988	179.193	12,4	310,1				
1989	171.684	11,8	309,0				

* i dati si riferiscono ai mesi compresi tra giugno e dicembre

** dati preliminari

senso. Esistono certamente sottopopolazioni in cui il ricorso all'aborto risulta più elevato: le donne con figli, quelle con titolo di studio più basso e le casalinghe. Inoltre negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di IVG richieste da donne straniere immigrate in Italia (vedi il capitolo sulla salute della popolazione immigrata), fenomeno che potrebbe essere la causa principale dell'attuale fase di stabilizzazione dell'incidenza di IVG effettuate in Italia.

Infatti, se si considerano solo le cittadine italiane, il fenomeno risulta essere ancora in diminuzione: 127.700 IVG richieste da donne italiane nel 1996 contro le 123.728 del 1998, anni questi che risultano tra più attendibili essendo pochi i casi in cui mancava l'informazione sulla cittadinanza delle donne che avevano fatto richiesta di IVG.

Anziani

Le tendenze demografiche attualmente in atto in Italia evidenziano un progressivo invecchiamento della popolazione, sia in senso assoluto, per la diminuzione dei tassi di mortalità e l'aumento della speranza di vita, sia in senso relativo, per il declino dei segmenti più giovani della popolazione.

La popolazione italiana al 31 dicembre 1996 ammontava a 57,5 milioni di persone, quasi il 17 per cento di queste, per un totale di circa 9,5 milioni, aveva superato i 65 anni d'età. La dinamica della crescita della popolazione anziana in Italia è, per intensità e velocità, una delle più significative nel mondo intero. Dall'inizio degli anni ottanta è raddoppiata la quota di "molto anziani" con più di 80 anni; tale quota ha superato oggi il 4 per cento, si prevede che raggiungerà il 10 per cento nel 2040. Quasi una donna su cinque ha almeno 65 anni, quelle con almeno 80 anni superano il 5 per cento.

Poiché in una popolazione più anziana, la distribuzione delle malattie e della disabilità è radicalmente diversa, da quella corrispondente a una popolazione giovane, le attitudini nei riguardi dell'invecchiamento e degli anziani devono essere modificate per rispondere alle esigenze di una popolazione nella quale la componente anziana è molto più ampia e diver-

sificata in varie sottoclassi di età, con esigenze distinte. Inoltre l'invecchiamento della popolazione comporta un inevitabile aumento della richiesta di servizi per il trattamento delle patologie croniche associate all'età. Il poter soddisfare tale richiesta in maniera adeguata e tempestiva può migliorare significativamente lo stato di salute degli anziani e ridurre, quindi, a medio termine, il peso socioeconomico dell'invecchiamento della popolazione italiana. Si descriverà lo stato di salute dell'anziano riportando dati rilevati nello studio ILSA e nell'Indagine multiscope ISTAT del 1999-2000.

Stato di salute. Lo Studio longitudinale sull'invecchiamento (ILSA), coordinato dal CNR e dall'Istituto superiore di sanità, rappresenta la prima iniziativa nazionale in grado di fornire stime dei tassi di prevalenza e di incidenza delle patologie più gravi dell'anziano (demenza, parkinsonismo, ictus, sintomatologia depressiva, polineuropatia periferica, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, aritmia, arteriopatia periferica, ipertensione, diabete, artrosi e broncopneumopatia cronica). L'ILSA è un progetto epidemiologico multicentrico, condotto in un campione casuale di oltre 5.000 individui di 65-84 anni di età. Nella raccolta dati sono stati coinvolti inizialmente otto centri: Catania, Casamassima (Bari), Fermo (Ascoli Piceno), Impruneta (Firenze), Genova, Segrate (Milano), Napoli, Selvazzano e Rubano (Padova), ciascuno con un campione di 704 soggetti.

Nei follow up successivi (1995 e quello attualmente in corso) si raccolgono informazioni sui tassi di incidenza delle stesse malattie, sulla transizione nello stato funzionale fisico e cognitivo e sulle eventuali modificazioni nel profilo di rischio individuale.

I tassi di prevalenza delle maggiori patologie investigate nell'ILSA sono presentati nella figura 52. Tra i risultati ottenuti, vanno segnalate l'alta prevalenza dell'ipertensione arteriosa, che è presente in circa il 60 per cento degli anziani italiani. Questi tassi di prevalenza sono comparabili a quelli ottenuti in studi analoghi (NHANES III) negli Stati Uniti. L'ipertensione arteriosa è uno dei più importanti fattori di rischio per le patologie vascolari, che sono la prin-

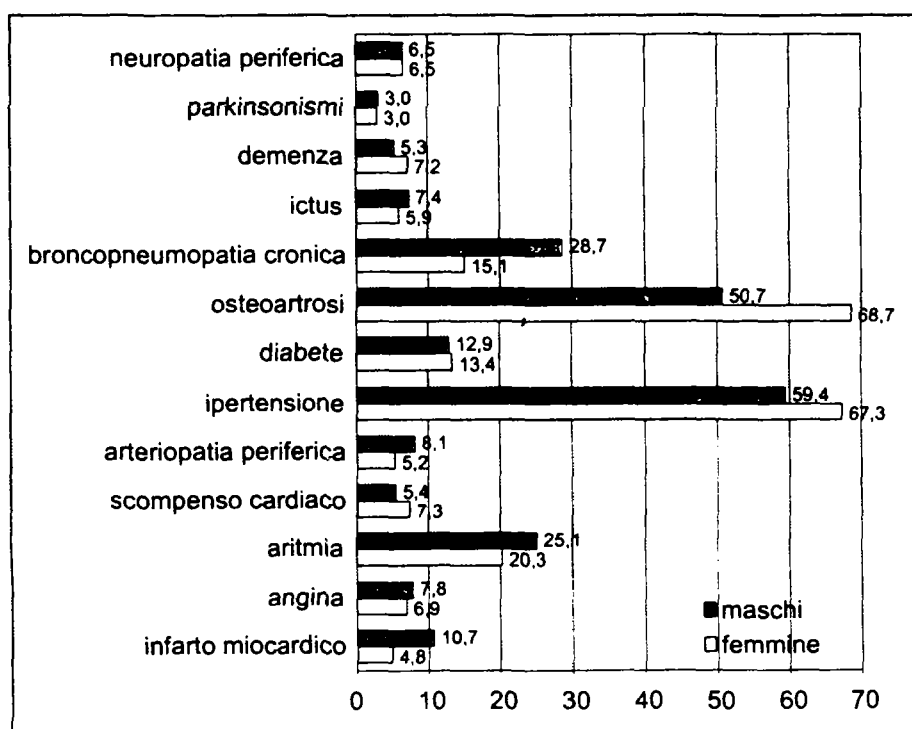


Figura 52.
Prevalenza (%)
delle maggiori
patologie croniche
valutate
nello Studio ILSA

cipale causa di morte e tra le prime cause di disabilità nei paesi occidentali. Un suo attento controllo e l'istituzione di idonei programmi di prevenzione potrebbero portare ad una riduzione della morbosità e dei rilevanti costi legati a tali patologie. Pure elevata è la prevalenza di osteoartrosi, che va dal 50,7 per cento nei maschi al 68,7 per cento nelle femmine. La prevalenza di cardiopatia ischemica è, invece, inferiore a quella riportata in studi analoghi in altri paesi anglosassoni e conferma il dato che questa patologia è meno frequente nei paesi mediterranei. I dati relativi all'ictus cerebrale mostrano un'elevata prevalenza di questa patologia, che risulta maggiore di quanto riportato in analoghi studi di popolazione. Infatti, i dati disponibili indicano prevalenze oscillanti tra il 3 per cento e il 5 per cento per gli uomini e tra l'1,5 per cento e il 3,5 per cento per le donne, mentre nel nostro campione la prevalenza totale è risultata del 7,4 per cento negli uomini e del 5,9 per cento nelle donne, con punte intorno al 10 per cento in alcuni gruppi di età. Anche se alcune differenze metodologiche potrebbero spiegare in parte questa maggior frequenza, i nostri dati sembrano suggerire una prevalenza realmente più alta di tale patologia in Italia.

La prevalenza della demenza è del 5,3 per cento negli uomini e del 7,2 per cento nelle donne, con punte intorno al 20 per cento nei soggetti più anziani. Tali dati sono concordanti con quanto riportato in analoghe ricerche condotte in Europa e indicano un'elevata frequenza, anche in Italia, di tale patologia, che ha costi molto elevati sia sul piano sociale che sanitario. Un dato epidemiologico su cui anche a livello internazionale sono disponibili poche informazioni riguarda la prevalenza delle neuropatie degli arti inferiori che, secondo i dati ILSA, interessano circa il 6,5 per cento dei soggetti anziani, con una maggior frequenza nei gruppi di età più avanzata. Questa patologia, oltre a una serie di disturbi soggettivi, si accompagna spesso ad importanti problemi nella deambulazione, legati a riduzione della forza o ad alterazioni della sensibilità profonda.

Le neuropatie, infatti, sono ai primi posti quali cause di disturbi della marcia nell'anziano, e possono essere causa di cadute e di fratture del femore, una delle maggiori cause di disabilità nell'anziano. Il follow up a tre anni di questa coorte ha permesso di stimare che in Italia, nella popolazione anziana, ci sono ogni anno circa 76.000 nuovi casi di infarto del miocardio, 78.000 di diabete, 104.000 di ictus, oltre 95.000 di demenza e oltre 100.000 di neuropatia degli arti inferiori. Il peso assistenziale, quindi, per queste importanti patologie è indubbiamente elevato e rappresenta una sfida continua al nostro sistema sanitario. La continua valutazione dell'impatto che gli interventi di prevenzione, cura ed assistenza possono avere in questa popolazione è un compito fondamentale del servizio sanitario e, quindi, il potenziare sistemi di sorveglianza in questo settore è l'unico modo per garantire un'adeguata pianificazione sanitaria. L'aumento dell'età comporta un aumento della prevalenza di patologie croniche disabilitanti e, di conseguenza, la necessità di assistenza diventa un problema preponderante nella pianificazione sanitaria nazionale. Basti ricordare che, in base ai dati dello studio ILSA, circa il 25 per cento dei maschi e il 34 per cento delle femmine ultrasessantacinquenni risulta affetto da qualche forma di disabilità nelle attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.): la percentuale di totalmente autosufficienti nella popolazione tra i 65 e gli 84 anni è del 70 per cento, circa il 23 per cento ha una disabilità lieve, mentre circa il 3 per cento non è autosufficiente.

La percentuale di totalmente autosufficienti varia dall'87 per cento nei maschi di 65-69 anni, al 56,2 per cento in quelli di 80-84 anni, mentre nelle donne varia dall'88 per cento al 54,2 per cento. La disabilità lieve varia dal 9,6 per cento al 19,8 per cento nei maschi

e dal 7,6 per cento al 19,4 per cento nelle donne, mentre la disabilità grave va dal 3,4 per cento al 24 per cento nei maschi, e dal 4,3 per cento al 26,3 per cento nelle donne negli stessi gruppi di età. Se pensiamo alla rapidità con cui il gruppo di ultraottantenni sta crescendo ed al fatto che nei prossimi decenni rappresenterà circa il 7 per cento della popolazione italiana, è ovvio che il peso dell'assistenza sanitaria a questa fascia della popolazione diventerà particolarmente rilevante. Il problema della perdita di autonomia funzionale è, ovviamente, ancora più pressante se si considera che, spesso, queste persone vivono sole. Per esempio, nel campione ILSA circa il 23 per cento degli uomini e il 25 per cento delle donne che vivono soli presentano qualche grado di disabilità nelle comuni attività quotidiane. Il 40 per cento dei maschi e il 32 per cento delle donne vivono con un'altra persona ultrasessantacinquenne e, tra questi, circa il 30 per cento ha limitazioni funzionali che ne condizionano l'autonomia.

Importante sottolineare, comunque, che in base ai risultati del follow up la disabilità fisica non è necessariamente una condizione che porta ad un progressivo declino, ma in una certa percentuale ci può essere un recupero importante della funzionalità fisica. Per esempio, tra le donne con disabilità lieve nel 1992, oltre il 40 per cento riacquista la piena autonomia funzionale nel 1995, così come la riacquista il 20 per cento di coloro che avevano una disabilità grave. Questo significa che, oltre a coloro che hanno una perdita di autonomia fisica permanente, ci sono anziani che, se adeguatamente assistiti con programmi di riabilitazione, possono riacquistare, totalmente o in parte, l'indipendenza funzionale.

L'indagine multiscopo dell'ISTAT segnala che le patologie più frequenti dichiarate dagli anziani e delle quali sono afflitti più del 10 per cento, sono: artrosi 52 per cento, ipertensione 35 per cento, osteoporosi 17 per cento, cataratta 16 per cento, vene varicose 16 per cento, lombosciatalgia 16 per cento, bronchite 14 per cento, altre malattie del cuore (escluso l'infarto) 13 per cento, diabete 12 per cento, cefalea 11 per cento.

E' inevitabile che ci siano discrepanze con i dati ILSA, soprattutto per quelle patologie in cui non esistono chiari segni e sintomi e che, quindi, possono essere sottostimate. Per esempio, mentre per il diabete le prevalenze sono molto simili (12 per cento verso 13 per cento dell'ILSA), per l'ipertensione ci sono differenze assolutamente clamorose (35 per cento verso il 60 per cento circa).

Con riferimento alla riduzione dell'autonomia personale dovuta ad una malattia cronica o ad una invalidità permanente, il 12,4 per cento delle donne anziane ed il 11,3 per cento degli uomini dichiarano di esserne affetti in modo saltuario mentre il 14,1 per cento delle donne e il 12,7 per cento degli uomini dichiarano di esserne affetti in modo continuativo. Se i dati riportati vengono letti per sesso, si osserva che la frequenza delle patologie è quasi sempre maggiore nelle donne rispetto agli uomini e ciò vale anche per la riduzione di autonomia. Questo conferma quanto già è stato evidenziato nel paragrafo "La speranza di vita libera da disabilità" nel quale si afferma la maggiore longevità delle donne non si traduce in una migliore qualità della sopravvivenza. Si conferma quindi che il gruppo degli anziani non è un gruppo omogeneo in quanto le donne sono più numerose degli uomini e contemporaneamente sono più affette da malattie.

Fattori di rischio. I dati ILSA dimostrano che circa il 16 per cento delle donne e il 77 per cento degli uomini sono o sono stati fumatori. Di questi, circa il 16 per cento delle donne e il 41 per cento degli uomini fuma/fumava più di 20 sigarette al giorno. Oltre l'85 per cento dei fumatori lo è stato per un periodo superiore ai 10 anni.

Circa il 66 per cento delle donne e l'89 per cento degli uomini beve vino ogni giorno. Tra i bevitori, però, circa il 3 per cento delle donne e il 24 per cento degli uomini dichiara di bere più di 50 gr di alcol al giorno (mezzo litro di vino). Per quanto riguarda la dieta, abbiamo valutato solo il consumo di frutta e verdura e una percentuale molto bassa, ossia circa il 15 per cento delle donne e il 14 per cento degli uomini consumano almeno due porzioni di frutta o verdura al giorno.

L'indice di eccesso ponderale utilizzato in questa analisi è l'Indice di massa corporea (IMC o BMI), ossia il rapporto tra peso (in chili) e quadrato dell'altezza (in metri). I dati dimostrano che la media del BMI, sia nei maschi che nelle femmine, è tendenzialmente alto e superiore ai valori considerati normali (20-25 Kg/m²). Circa il 46 per cento dei maschi e il 39 per cento delle femmine è in sovrappeso e il 15 per cento e il 37 per cento rispettivamente è obeso, secondo la classificazione dell'OMS (BMI da 25 a 29,9 nei maschi e da 23,9 a 28,6 nelle femmine indica il sovrappeso, mentre un BMI superiore a 30 e a 28,6 rispettivamente indica l'obesità manifesta).

Se valutiamo la presenza di un fattore di rischio, quale l'obesità, in soggetti ipertesi, vediamo un'associazione significativa, con una prevalenza di obesità del 31,6 per cento e del 18,8 per cento rispettivamente nelle femmine e nei maschi ipertesi, contro una prevalenza del 21,5 per cento e del 11,4 per cento rispettivamente nei normotesi. Tale associazione resta costante in ogni gruppo di età, sia per i maschi sia per le femmine. Anche diabete e peso corporeo sono notoriamente associati: il 4 per cento delle donne e il 9 per cento degli uomini sottopeso sono diabetici, contro il 17 per cento e il 19,8 per cento rispettivamente degli obesi. Se consideriamo altri parametri biologici, la media del colesterolo totale è elevato in tutto il nostro campione (218 mg/dl), anche se con una variabilità molto elevata (SD 43,97). Tuttavia, i livelli di HDL sono alti (effetto protettivo sulla patologia cardiovascolare) e, come previsto, sono superiori nelle donne rispetto ai maschi.

La valutazione di fattori di rischio sociali, invece, effettuata nell'ILSA ha evidenziato come un basso livello di scolarità, usualmente utilizzato come indicatore di livello socio-economico, sia associato a tassi più elevati di malattie croniche invalidanti, quali per esempio demenza e scompenso cardiaco, di disabilità e di mortalità generale.

Conclusioni. L'analisi delle complesse relazioni tra caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione è necessaria per la razionale pianificazione della ricerca medica e dell'assistenza sanitaria. In questo secolo, la popolazione anziana ha subito un aumento numerico e relativo mai registrato in precedenza. La sopravvivenza superiore delle femmine rispetto ai maschi comporta un largo numero di donne spesso sole, in condizioni di salute scadenti e in situazioni economiche precarie, che richiedono interventi assistenziali sociosanitari spesso onerosi. Le proiezioni della popolazione nei prossimi 30-40 anni indicano un continuo aumento della popolazione anziana, con tutte le pesanti implicazioni assistenziali che si possono prevedere. Particolare attenzione va dedicata alle patologie disabilitanti che, pur non essendo mortali, causano perdita dell'autosufficienza tale da richiedere continua cura e assistenza. Gli sforzi della geriatria devono perciò essere diretti in misura massiva alla comprensione dei processi fisiologici e patologici legati all'invecchiamento. Solo raggiungendo le conoscenze sufficienti per prevenire o posporre le patologie e le disabilità dell'anziano, potremmo considerare l'invecchiamento della popolazione come una positiva conquista della nostra società e non come un problema e un peso per le generazioni più giovani.

BIBLIOGRAFIA

- Amaducci L. Low educational level as a risk factor for disability in the elderly. *J Geront* 1998; 53: 484-490.
- Baldereschi M et al. ILSA Working Group: Dementia is a major predictor of death among the Italian elderly. *Neurology* 1999; 52:709-713.
- CNR, Progetto finalizzato invecchiamento. Roma: Resource Data Book, 1996.
- Di Carlo A et al. Influence of different screening procedures on the stroke prevalence estimates. *The Italian Longitudinal Study on Aging. Cerebrovascular diseases* 1999; 4: 231-237.
- Di Carlo A et al. Body-mass index and all-cause mortality in older people: the Italian Longitudinal Study on Aging. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1035.
- Fries J.F. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine* 1980; 303:130, 1980.
- Grigoletto F et al. Il disabile anziano nel contesto familiare: risultati dello studio longitudinale del CNR sull'invecchiamento. In *Salute famiglia. Metodi di produzione e analisi statistica di dati.* A cura di M.Bolzan et al Roma: Cleup editrice, 1996.
- ISTAT. Indagine multiscopo sulle famiglie, 1999-2000.
- Kaplan GA et al. Mortality among the Elderly in the Alameda County Study: Behavioral and Demographic Risk Factors. *Am.J.Public Health* 1987; 77: 307.
- Maggi S. et al. The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA): Design and methods. *Aging Clin Exp Res* 1999; 6: 464-473.
- The ILSA Group. Prevalence of chronic diseases in older Italians: Comparing self-reported and clinical diagnosis. *Int J Epidemiol* 1997; 26: 5.
- Zamboni M et al. The relationship between body composition and physical performance in older women. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1403-8.

Stranieri immigrati

Gli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia all'1 gennaio 2000 si possono stimare in 1.520.000 unità (secondo una stima ISTAT sulla base di dati del Ministero dell'interno); alla stessa data gli stranieri residenti sono 1.271.000 (dati ISTAT), equivalenti al 2,2 della popolazione residente complessiva in Italia al primo gennaio 2000, pari a 57.680.000 unità. Occorre, tra loro, distinguere i cittadini provenienti da Paesi appartenenti all'Unione europea (circa l'11 per cento). Facendo riferimento a quella che viene generalmente considerata la popolazione più tipicamente "immigrata" (proveniente dai paesi cosiddetti "a forte pressione migratoria"), è opportuno distinguere anche i soggetti provenienti da altri paesi europei occidentali non appartenenti all'Unione Europea e i cittadini nord-americani (questa comunità è attualmente la sesta in Italia per consistenza), che rappresentano complessivamente un ulteriore 4 per cento di tutti gli stranieri. Vi sono poi i soggetti irregolarmente presenti (persone entrate clandestinamente o a cui non è stato rinnovato il permesso di soggiorno) di cui, per definizione, è sconosciuta l'entità ma che, considerando la recente sanatoria, vengono attualmente stimati intorno alle 200-300.000 unità. È utile qui ribadire sinteticamente alcune considerazioni generali sul fenomeno immigratorio e sugli aspetti sanitari a esso correlati, rimandando alla precedente Relazione sullo stato sanitario del paese, 1999 per un ampio inquadramento e per l'approfondimento di alcune aree:

- l'immigrazione è oggi una componente strutturale, ordinaria, della nostra società;
- a partire dalla legge 40 del 1998, sono state emanate disposizioni sanitarie che delineano precise politiche per la salute di questi gruppi di popolazione (1), parzialmente ancora in corso di adozione in numerose realtà locali;
- il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 ha, per la prima volta, dedicato una

Tabella 47a. Ricoveri totali di stranieri residenti e non-residenti, anno 1998

regioni	stranieri non residenti	stranieri residenti	totale stranieri	totale ricoveri nazionali	ricoveri di stranieri ogni 1.000 ricoveri	% ricoveri di non residenti sui ricoveri di stranieri
Piemonte	5.165	10.939	16.104	869.495	18,52	32,07
Valle d'Aosta	100	87	187	23.568	7,93	53,48
Lombardia	12.705	34.353	47.058	2.092.737	22,49	27,00
Provincia autonoma Bolzano	381	993	1.374	101.047	13,60	27,73
Provincia autonoma Trento	297	1.818	2.115	100.962	20,95	14,04
Veneto	4.113	14.147	18.260	1.101.534	16,58	22,52
Friuli v. Giulia	1.054	2.257	3.311	242.187	13,67	31,83
Liguria	2.853	4.360	7.213	412.618	17,48	39,55
Emilia Romagna	7.170	9.881	17.051	965.770	17,66	42,05
Nord	33.838	78.835	112.673	5.909.918	19,07	30,03
Toscana	6.867	9.055	15.922	719.603	22,13	43,13
Umbria	1.214	1.633	2.847	195.737	14,55	42,64
Marche	784	2.107	2.891	316.725	9,13	27,12
Lazio	4.589	42.984	47.573	1.069.812	44,47	9,65
Centro	13.454	55.779	69.233	2.301.877	30,08	19,43
Abruzzo	274	1.168	1.442	279.329	5,16	19,00
Molise	106	270	376	66.769	5,63	28,19
Campania	2.057	3.612	5.669	1.105.305	5,13	36,29
Puglia	1.745	1.883	3.628	941.388	3,85	48,10
Basilicata	138	3.406	3.544	109.410	32,39	3,89
Calabria	629	733	1.362	420.153	3,24	46,18
Sicilia	945	3.112	4.057	768.162	5,28	23,29
Sardegna	535	179	714	260.764	2,74	74,93
Sud e isole	6.429	14.363	20.792	3.951.280	5,26	30,92
totale	53.721	148.977	202.698	12.163.075	16,67	26,50

sezione specifica agli stranieri immigrati, considerati quali soggetti potenzialmente deboli cui destinare interventi specifici;

- non sono attualmente disponibili informazioni valide e continuative di carattere nazionale sulla salute degli immigrati (fatta eccezione per quelle di seguito illustrate);
- i principali fattori di rischio per la salute fisica e psichica degli immigrati sembrano riferibili alla dimensione sociale delle loro condizioni di vita (occupazione, alloggio, alimentazione, supporto psico-affettivo, ecc);
- l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari pubblici vengono ritenuti elementi di particolare criticità per la tutela della salute degli stranieri immigrati.

Viene di seguito analizzata l'attività di ricovero ospedaliero, per l'anno 1998, relativa a cittadini stranieri, utilizzando la banca dati della scheda di dimissione ospedaliera (SDO). L'assistenza ospedaliera rappresenta indubbiamente un aspetto rilevante dell'accesso degli

Tabella 47b. Ricoveri totali di stranieri per Regione di ricovero ed area di provenienza, anno 1998

regione	altri Paesi dell'Europa Occidentale	Europa dell'Est	Asia	Africa	America setten- trionale	America centro- meridionale	Oceania	Apolidi o non indicato	totale	valore %
Piemonte	220	4.788	991	7.355	89	1.420	23	1.218	16.104	7,9
Valle d'Aosta	11	30	10	112	8	14	1	1	187	0,1
Lombardia	818	10.895	8.055	19.686	495	6.157	91	861	47.058	23,2
Prov. Auton. Bolzano	78	582	172	412	36	73	3	18	1.374	0,7
Prov. Auton. Trento	55	854	112	650	25	160	5	254	2.115	1,0
Veneto	295	5.434	1.836	7.918	794	1.284	63	636	18.260	9,0
Friuli V. Giulia	62	1.809	193	594	290	275	25	63	3.311	1,6
Liguria	165	2.057	612	2.359	117	1.854	16	33	7.213	3,6
Emilia Romagna	1.027	4.428	2.057	8.203	118	1.036	17	165	17.051	8,4
Toscana	373	5.669	3.371	4.247	548	1.474	70	170	15.922	7,9
Umbria	39	989	330	856	115	361	17	140	2.847	1,4
Marche	101	879	503	583	23	182	5	615	2.891	1,4
Lazio	1.573	14.615	6.271	14.224	2.626	7.276	426	562	47.573	23,5
Abruzzo	75	713	63	205	40	157	19	170	1.442	0,7
Molise	65	103	8	52	58	75	13	2	376	0,2
Campania	182	2.097	692	2.009	185	445	35	24	5.669	2,8
Puglia	213	2.141	283	560	65	81	10	275	3.628	1,8
Basilicata	-	5	1	11	-	-	-	3.527	3.544	1,7
Calabria	132	517	98	321	97	85	43	69	1.362	0,7
Sicilia	234	719	783	1.434	135	167	32	553	4.057	2,0
Sardegna	53	255	74	194	98	17	3	20	714	0,4
totale	5.771	59.579	26.515	71.985	5.962	22.593	917	9.376	202.698	100,0
valore %	2,8	29,4	13,1	35,5	2,9	11,1	0,5	4,6	100,0	

stranieri al SSN, anche se il ricovero costituisce solo un evento nel complesso dei bisogni assistenziali e delle prestazioni che vengono a farvi fronte.

Nel caso specifico della popolazione straniera manca, spesso, quella rete di continuità assistenziale che garantisce l'appropriato, tempestivo ed efficace ricorso alle cure. Si tratta di un fenomeno complesso e dinamico, influenzato dall'evoluzione del quadro normativo e da molti altri fattori, per cui una rappresentazione fedele e sintetica può essere possibile con il costante affinamento dei metodi e delle fonti di rilevazione. Attraverso le variabili rilevate con la scheda di dimissione ospedaliera è stato possibile individuare due gruppi di ricoveri relativi a pazienti non-italiani: da un lato le dimissioni dei pazienti stranieri potenzialmente iscritti al SSN, in quanto residenti in un comune italiano, e dall'altro le dimissioni di pazienti stranieri non residenti e quindi non iscritti al SSN. E' da precisarsi, infatti, che prima dell'emanazione delle disposizioni sanitarie contenute nel D.Lgs. DL 286/1998 e del suo regolamento di attuazione (DPR 394/1999), l'iscrizione al SSN non era possibile in assenza di residenza; è quindi possibile affermare che coloro che sono stati definiti non-residenti non erano sicuramente, all'anno 1998, iscritti al SSN (molto difficilmente sono stati iscritti nei restanti mesi dell'anno, considerato il periodo di diffusione, recepimento ed attuazione della legge e la mancanza del regolamento di attuazione, emanato nel novembre 1999); diversamente, non è possibile affermare che tutti coloro che sono stati definiti residenti fossero

Tabella 48. Primi 15 paesi di provenienza per numero di ricoveri totali (con esclusione dei PSA), anno 1998

paese di provenienza	ricoveri	% sul totale dei ricoveri	di cui non residenti
Marocco	25.565	13,5	3,0
Albania	19.516	10,3	3,6
Jugoslavia	13.990	7,4	2,3
Romania	8.839	4,7	1,5
Tunisia	8.625	4,6	1,0
Egitto	6.129	3,2	0,4
Polonia	5.955	3,1	1,0
Cina	5.948	3,1	0,9
Nigeria	5.587	3,0	1,2
Perù	5.228	2,8	0,6
Filippine	5.212	2,8	0,3
Senegal	4.852	2,6	0,6
Brasile	4.280	2,3	0,6
Ghana	4.135	2,2	0,4
Sri Lanka	3.407	1,8	0,2
altro	62.121	32,8	8,0
totale	189.389	100,0	25,5

iscritti nel 1998 al SSN, dato che prima del DL 286/1998 l'iscrizione era, ad eccezione dei lavoratori dipendenti e dei loro familiari, solo facoltativa.

Le variabili rilevate dalla SDO non consentono di distinguere gli stranieri regolarmente presenti da quelli irregolari, ma è comunque possibile affermare che la componente irregolare è compresa nella più ampia categoria dei non-residenti. La definizione di straniero, adottata in questo contesto, è conforme a quella prevista dalla legge (art. 1 del DL 286/1998) cioè di "cittadino proveniente da paese non appartenente all'Unione europea". Nel 1998 i ricoveri per acuti, effettuati sia in regime ordinario che in day hospital, relativi a cittadini non-italiani, sono stati pari a 238.327, in media circa 19,6 ricoveri ogni 1.000 ricoveri nazionali.

La distribuzione regionale dei ricoveri effettuati da cittadini stranieri propriamente detti, esclusa quindi l'Unione Europea, è invece riportata nella tabella 47a. Complessivamente sono stati effettuati 202.698 ricoveri di cittadini stranieri (quasi l'1,7 per cento dei ricoveri totali); il 26,5 per cento di questi è relativo a pazienti non-residenti. La variabilità regionale dell'incidenza di ricoveri stranieri sul totale dei ricoveri è molto ampia: essa raggiunge i valori massimi nel Lazio e nella Basilicata, regioni dove peraltro è meno significativo il peso di pazienti stranieri non-residenti, ed assume invece i valori più bassi nelle regioni meridionali, in particolare in Sardegna, Puglia e Calabria. La distribuzione dei ricoveri tra le regioni, espressi in numero assoluto, vede ai primi posti Lazio e Lombardia, con oltre 47.000 ricoveri ciascuna; Emilia Romagna, Veneto, Piemonte e Toscana registrano oltre 15.000 ricoveri ognuna.

Nella tabella 48 è rappresentata la distribuzione regionale dei ricoveri complessivi di pazien-

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 49. Primi 15 aggregati clinici di diagnosi (ACC) per numero di ricoveri ordinari in regime ordinario di stranieri (con esclusione dei PSA), anno 1998

aggregati clinici di diagnosi		stranieri residenti		stranieri non residenti		valore nazionale	
		n	%	n	%	n	%
196	gravidanza e/o parto normale	11.305	9,7	2.362	5,7	310.099	3,2
195	altre complicanze del parto e del puerperio che comportano un trattamento della madre	3.392	2,9	540	1,3	116.443	1,2
181	altre complicazioni della gravidanza	3.351	2,9	946	2,3	66.454	0,7
218	nati vivi sani	2.924	2,5	823	2,0	181.867	1,9
251	dolore addominale	2.387	2	1.044	2,5	102.771	1
182	perdita ematica in gravidanza, abruptio placentae, placenta previa	2.221	1,9	663	1,6	54.682	0,6
233	traumatismo intracranico	2.195	1,9	1.634	4,0	120.827	1,2
142	appendicite e altre malattie dell'appendice	2.122	1,8	932	2,3	103.422	1,1
160	calcolosi delle vie urinarie	2.041	1,7	782	1,9	143.163	1,5
178	aborto indotto	1.963	1,7	854	2,1	48.953	0,5
184	minaccia o travaglio di parto precoce	1.922	1,6	517	1,3	43.462	0,4
239	traumatismi superficiali, contusioni	1.805	1,5	1.098	2,7	99.201	1
122	polmoniti (escluse quelle causate da tubercolosi o da malattie sessualmente trasmesse)	1.655	1,4	663	1,6	120.095	1,2
205	spondilosi, patologie dei dischi intervertebrali, altri disturbi del dorso	1.599	1,4	336	0,8	161.090	1,6
totale dei primi 15 ACC		40.882	34,9	13.194	32,1		
totale generale		116.756	100	41.237	100		

ti stranieri secondo l'area geografica di provenienza. Oltre il 65 per cento dei cittadini stranieri ricoverati proviene dall'Africa (35,5 per cento) e dall'Europa dell'est (29,4 per cento); il 13,1 per cento dall'Asia e l'11,1 per cento dall'America centro meridionale. La tabella riporta la distribuzione dei ricoveri per le principali comunità (primi 15 paesi di provenienza per numero di ricoveri effettuati) che rappresentano, da sole, il 68,2 per cento dei ricoveri totali. In questa analisi non si tiene conto dei Paesi cosiddetti "a sviluppo avanzato" (PSA) corrispondenti ai Paesi dell'Europa occidentale, dell'America settentrionale, dell'Oceania e al Giappone. Il totale dei ricoveri analizzati si riduce quindi a 189.389 ricoveri su stranieri, di cui il 25,5 per cento non-residenti. Il maggior numero di ricoveri è stato effettuato su soggetti provenienti da Marocco, Albania e Jugoslavia (Serbia e Montenegro), che insieme esprimono quasi un terzo dei ricoveri di stranieri (31,2 per cento) e che erano, comunque, 3 delle prime 4 comunità soggiornanti in Italia al 31/12/1998.

Le tabelle 49 e 50 analizzano le principali cause di ricovero distintamente per regime ordinario e day hospital (2). Esse descrivono i primi 15 aggregati clinici di diagnosi (codici ACC) per il regime ordinario e i primi 10 ACC per il day hospital; gli aggregati clinici di codici (ACC) costituiscono aggregati dei codici di diagnosi, utilizzati per rappresentare sinteticamente la casistica trattata; i codici sono raggruppati secondo un criterio di significatività e omogeneità clinica. Le principali cause di ricovero sono riassumibili nei seguenti gruppi:

Tabella 50. Primi 10 aggregati clinici di diagnosi (ACC) per numero di ricoveri in day hospital di stranieri (con esclusione dei PSA). anno 1998

aggregati clinici di diagnosi		casi in day hospital stranieri residenti		stranieri non residenti		valore nazionale	
		n	%	n	%	n	%
178	aborto indotto	6.607	27,2	3.975	56,0	90.588	3,8
5	infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)	914	3,8	380	5,4	37.211	1,6
1	tubercolosi	557	2,3	208	2,9	4.995	0,2
6	epatite	466	1,9	63	0,9	46.192	1,9
45	chemioterapia e radioterapia	417	1,7	139	2,0	126.529	5,3
47	altri e non specificati tumori benigni	383	1,6	43	0,6	73.853	3,1
59	anemia da carenza e altre anemie	371	1,5	129	1,8	40.414	1,7
181	altre complicazioni della gravidanza	345	1,4	95	1,3	11.808	0,5
174	infertilità femminile	326	1,3	39	0,5	9.089	0,8
58	altri disordini endocrini, metabolici e nutrizionali	273	1,1	29	0,4	36.715	1,5
totale dei primi 15 ACC		10.659	43,8	5.100	71,8		
totale generale		24.295	100	7.101	100		

gravidanza e parto, traumatismi e aborto. La tabella 49 mostra che, per gli stranieri residenti, tra le prime sei maggiori cause di ricovero, cinque sono connesse alla gravidanza e al parto (sono solo due per i non-residenti). Il "dolore addominale" non ulteriormente precisato è tra le prime cause di ricovero in entrambi i gruppi, mentre nell'insieme dei ricoveri registrati in Italia esso occupa il ventiquattresimo posto: molte sono le possibili spiegazioni di questa diversità, probabilmente legata a un differente percorso diagnostico-terapeutico, laddove gli italiani tendono a rivolgersi ad altri e più adeguati livelli assistenziali.

I "traumatismi intracranici" costituiscono la settima causa di ricovero per i residenti (1,9 per cento) e la seconda per i non-residenti (4 per cento), (3), mentre tra gli italiani sono la sedicesima causa (1,2 per cento).

Attraverso ulteriori elaborazioni è stato possibile rilevare che, tra le malattie infettive, le malattie del tratto respiratorio superiore e inferiore assommano a una frequenza del 3,3 per cento nei residenti e del 3,8 per cento nei non-residenti, da confrontare con il valore di riferimento nazionale, pari a 2,3 per cento. Il confronto può essere effettuato anche per classi di età omogenee; considerando la classe modale 15-44 anni, si ottengono frequenze relative pari a 1,7 per cento negli stranieri e 1 per cento nel totale dei ricoveri nazionali (4).

Tra le cause di ricovero sono scarsamente rappresentate, in entrambi i gruppi, le malattie cronico-degenerative, evidenza chiaramente collegabile al fatto che la popolazione dei ricoverati stranieri è molto più giovane di quella italiana, essendo concentrata nella fascia d'età 15-44 anni e riflette la composizione per età della popolazione straniera complessiva.

Nell'analisi delle frequenze dei casi di day hospital (tabella 50), si può rilevare come il nume-

ro assoluto di accessi effettuati per HIV/AIDS sia contenuto, tenendo presente che il day hospital può rappresentare la modalità assistenziale prevalente se non quasi obbligata per le fasce deboli. È da rilevare inoltre che i dati relativi alla popolazione italiana compresa nella classe d'età 15-44 anni (classe modale nel complesso di ricoveri effettuati da stranieri) mostrano una frequenza relativa delle infezioni da HIV/AIDS in regime di day hospital pari al 3,7 per cento (con un totale di accessi di oltre 29.000), inferiore al dato degli stranieri, pari al 5,9 per cento; tuttavia il numero assoluto è contenuto a 1.065 casi.

In entrambi i gruppi di straniere, l'aborto indotto è di gran lunga la prima causa di ricovero in day hospital, con un valore relativo doppio tra i non-residenti (56 per cento) rispetto ai residenti (27,2 per cento); nel complesso dei ricoveri registrati in Italia, l'aborto indotto è sì la seconda causa di ricovero in day hospital, ma con una frequenza pari al 3,8 per cento.

Tali dati sono coerenti con una rilevazione e analisi a hoc curata dall'ISTAT e dall'Istituto superiore di sanità. Da quest'ultima è emerso che il tasso di abortività (cioè il numero di interruzioni volontarie di gravidanza effettuate ogni 1.000 donne di un certo gruppo di età, in questo caso tra i 18 e i 49 anni) stimato per le donne con cittadinanza straniera è stato di 28,7 per mille nel 1998 (27,4 per mille nel 1995; 29,1 per mille nel 1996; 26,4 per mille nel 1997), valori di circa tre volte superiori a quelli osservati tra le cittadine italiane, i cui tassi nella stessa fascia di età risultano pari, negli stessi anni, a circa il 9 per mille. Va sottolineato che i tassi sulle straniere sono stimati, in quanto è stimato il denominatore (quantità di donne straniere residenti in Italia nello stesso anno, di età compresa tra i 18 e i 49 anni, calcolato sulla base dei permessi di soggiorno in quella fascia d'età e sull'assunto che circa il 95 per cento di queste richiede la residenza). Contrariamente alle italiane, nelle donne straniere si osserva un aumento dei tassi passando dalle età più giovani a quelle più avanzate. Questi risultati vengono interpretati, oltreché come prova di una scarsa conoscenza dei metodi contraccettivi, come segno inequivoco del disagio sociale frequentemente vissuto dalle giovani donne immigrate (assenza di un nucleo familiare stabile, precarietà socio-economica, lavorativa e alloggiativa, mancanza di figure di riferimento e supporto, esercizio della prostituzione, ecc.).

NOTE

1) Vedi DL 286/98 (artt. 34, 35 e 36); DPR 23 luglio 1998 (PSN 1998-2000), DPR 394/99 (artt. 42, 43 e 44); Circolare Min. sanità 24 marzo 2000, n. 5.

2) Per l'analisi della casistica espressa in termini di Raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD o DRG) si rimanda all'indagine completa effettuata dal Dipartimento della programmazione del Ministero della sanità e presentata il 7 marzo 2001.

3) Nello stesso gruppo i "traumatismi superficiali e contusioni" sono la terza causa di ricovero con il 2,7 per cento.

4) Non tutti i dati riferiti sono riportati nelle tabelle.

BIBLIOGRAFIA

Commissione per le Politiche di integrazione degli immigrati. Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. Presentato a Roma il 13.12.2000 (in corso di stampa).

Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998. Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale 288 del 10 dicembre 1998 - Serie generale.

Fortino A et al. Rapporto nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia. Dati SDO 1998. Agenzia sanitaria italiana 2001; 10: 6-25.

Geraci S et al. Migrazioni e salute in Italia, in *Migrazioni. Scenari per il XXI secolo* a cura dell'Agenzia Romana per il Giubileo. Roma, 2000, 1295-1379.

Geraci S et al. Donne e bambini immigrati, in M. Geddes e G. Berlinguer, *La salute in Italia. Rapporto 1998*. Roma: Ediesse, 1998, 43-76.

ISMU (Fondazione Cariplo per le Iniziative e lo studio sulla multietnicità). *Quinto rapporto sulle migrazioni 1999*. Milano: FrancoAngeli, 2000.

Marceca M et al. Immigrazione e salute, in M. Geddes e G. Berlinguer, *La salute in Italia. Rapporto 1997*. Roma: Ediesse, 1997, 169-199.

Ministero della sanità - Servizio studi e documentazione. *Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999*. Roma: Sistema informativo sanitario, 2000, 156-179.

Zincone G (a cura di). *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Bologna: il Mulino, 2000, 273-315.

Disabili

Se consideriamo la disabilità come l'incapacità di fare e operare nelle attività della vita quotidiana, valutiamo il modo con cui la persona si pone nei confronti dell'ambiente e non le attività delle singole parti del suo sistema corporeo come possono essere i suoi apparati od organi.

La malattia è viceversa intesa spesso come un fenomeno locale che risponde a regole di tipo biologico. Secondo questa distinzione esiste quindi la possibilità che un organo possa essere ammalato senza che ciò comporti direttamente e immancabilmente una disabilità e viceversa è possibile che una persona manifesti una perdita delle sue abilità in misura non direttamente proporzionale alla disfunzione di parti del suo organismo.

Di fatto ciò è quello che frequentemente avviene per alcune categorie di malattie quali quelle congenite o in ogni modo dell'età evolutiva, quelle psichiatriche o per le condizioni legate all'invecchiamento, in cui il modello di riferimento non è dato dal buono o cattivo livello di funzionamento degli apparati colpiti dagli eventi patogeni, ma dall'alterazione del comportamento della persona stessa in relazione all'ambiente in cui vive e si esprime. Analogamente un altro problema si pone se utilizziamo criteri multidimensionali di valutazione ovvero se vogliamo misurare la disabilità in termini di prestazioni. In questo caso quanto più diminuiscono le capacità prestazionali tanto più aumenterebbe la disabilità. Tuttavia è intuitivo verificare a esempio che la perdita del cammino non corrisponde necessariamente a una disabilità nella locomozione, se la persona è in grado di andare dove desidera attraverso l'utilizzo di una carrozzina.

Analogamente la perdita della capacità di correre o la diminuzione della velocità della marcia ha un significato radicalmente diverso, se si manifesta in un bambino, in un adulto o in un anziano. Inoltre se misuriamo le singole prestazioni dobbiamo utilizzare parametri diversi come a esempio minuti, passi, metri eccetera. L'autosufficienza è, viceversa, un parametro monodimensionale, poiché è misurabile solo nei termini della modificazione del grado di dipendenza dall'aiuto o dall'assistenza di altre persone, costituisce dunque una valida unità di misura della disabilità, perché prende in considerazione il comportamento dell'individuo nella sua globalità piuttosto che il funzionamento di singole sue componenti.

La perdita dell'autosufficienza rappresenta uno dei rischi maggiori delle età anziane e provoca ancor più della presenza di una particolare malattia conseguenze personali familiari e sociali di grande rilievo. Proprio a tali conseguenze è riconducibile l'emergere di necessità e bisogni della collettività destinati ad avere un impatto notevole sulle scelte di

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 51. Disabili di 6 anni e più per sesso e tipo di disabilità secondo la classe di età, anno 1999. Indagine sulla salute, trimestri settembre/dicembre 1999 (tassi per cento persone)

	classi di età								
maschi	6-14	15-24	25-44	45-54	55-64	65-74	75-79	80 e più	totale
disabili	1,50	0,84	1,09	1,74	3,47	7,33	16,01	38,5	3,55
confinamento individuale	0,27	0,32	0,42	0,75	0,89	2,67	6,02	21,07	1,42
difficoltà nelle funzioni	0,97	0,47	0,57	0,66	1,56	3,84	9,76	27,87	2,05
difficoltà nel movimento	0,21	0,38	0,35	0,65	1,79	4,24	7,74	17,39	1,62
difficoltà vista udito, parola	0,21	0,16	0,3	0,63	0,87	1,27	4,28	10,14	0,87
<i>popolazione</i>	<i>2.674</i>	<i>3.453</i>	<i>8.868</i>	<i>3.753</i>	<i>3.253</i>	<i>2.582</i>	<i>909</i>	<i>643</i>	<i>26.135</i>
femmine									
disabili	1,48	1,03	0,99	1,53	4,58	10,91	23,91	51,67	6,33
confinamento individuale	0,4	0,67	0,54	0,53	1,66	3,89	9,41	28,02	2,86
difficoltà nelle funzioni	0,79	0,58	0,34	0,46	1,7	5,14	14,24	38,36	3,71
difficoltà nel movimento	0,27	0,35	0,31	0,75	2,51	6,1	13,47	27,55	3,3
difficoltà vista udito, parola	0,23	0,11	0,28	0,39	0,55	1,66	2,98	12,36	1,19
<i>popolazione</i>	<i>2.379</i>	<i>8.744</i>	<i>3.862</i>	<i>3.422</i>	<i>3.186</i>	<i>1.342</i>	<i>1.386</i>	<i>27.814</i>	
totale									totale
disabili	1,49	0,94	1,04	1,64	4,04	9,31	20,72	47,5	4,98
confinamento individuale	0,33	0,5	0,48	0,64	1,28	3,34	8,04	25,82	2,16
difficoltà nelle funzioni	0,88	0,53	0,46	0,56	1,63	4,56	12,43	35,03	2,9
difficoltà nel movimento	0,24	0,37	0,33	0,7	2,16	5,27	11,15	24,33	2,49
difficoltà vista udito, parola	0,22	0,14	0,29	0,51	0,7	1,49	3,51	11,66	1,04
<i>popolazione</i>	<i>5.168</i>	<i>6.832</i>	<i>17.612</i>	<i>7.615</i>	<i>6.675</i>	<i>5.768</i>	<i>2.252</i>	<i>2.029</i>	<i>53.950</i>

allocazione di risorse per l'assistenza sociosanitaria. L'indagine sulle condizioni di salute, condotta dall'ISTAT, rappresenta a tutt'oggi l'unica fonte nazionale, sia pur con il limite di non includere la popolazione residente in istituzioni, che tenti di quantificare il fenomeno della disabilità intesa come riduzione o perdita di capacità funzionali conseguenti a una menomazione. Dal punto di vista operativo questo approccio si è tradotto sottoponendo agli intervistati una lista di quesiti relativi alla capacità di svolgere un insieme selezionato di funzioni e attività, che afferiscono a tre dimensioni essenziali:

- la dimensione fisica relativa alla mobilità all'interno del proprio spazio vitale; in questo senso il "confinamento" permanente nella propria abitazione, in un letto o su una sedia rappresenta l'espressione di massima gravità;
- la dimensione della comunicazione con riferimento alla vista, all'udito e alla parola;
- la dimensione delle "funzioni della vita quotidiana" che attiene più specificatamente alle attività di cura della propria persona.

In questo contesto sono referenziati come disabili gli individui che hanno dichiarato di essere soggetti a limitazioni gravi di autonomia in almeno una delle dimensioni elencate.

Tabella 52. Persone di 6 anni e più disabili e non per stato di salute dichiarato secondo la classe di età. Indagine sulla salute, trimestri settembre/dicembre 1999 (percentuali di colonna)

	classi di età							
	6-14	15-24	25-44	45-54	55-64	65-74	75 e più	totale
<i>disabili</i>								
male o molto male	3,3	26,9	33,6	40,2	53,3	64,3	61	55,6
discretamente	14,4	22,3	35,4	42,4	40,2	31,9	35	34,4
bene o molto bene	82,3	50,8	31	17,3	6,5	3,8	4	10
totale	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>non disabili</i>								
male o molto male	0,6	1,1	1,8	5,2	8,9	13,4	15,2	4,9
discretamente	6,1	12,9	24,3	42,4	52,8	62	65,3	33,3
bene o molto bene	93,3	86	73,9	52,4	38,3	24,5	19,5	61,8
totale	100	100	100	100	100	100	100	100

Sulla base dei primi due trimestri dell'ultima indagine sulla salute 1999-2000, i disabili ammontano a circa 2.700.000 individui, pari al 5 per cento della popolazione italiana di 6 anni e più; tenuto conto che i dati dell'indagine, possono sottostimare il fenomeno (1), tale percentuale è decisamente rilevante. Al crescere dell'età la quota di persone interessate da problemi di disabilità si fa progressivamente più elevata: tra gli anziani di 65 anni e più raggiunge il 20 per cento mentre quasi un individuo su due è disabile dopo gli 80 anni.

In questo quadro le donne risultano fortemente svantaggiate con un tasso complessivo del 6,3 per cento contro il 3,6 per cento degli uomini; anche a parità di età il differenziale tra i sessi appare consistente, le distanze maggiori si registrano nelle fasce anziane. Nell'ambito delle dimensioni esplorate quella più frequentemente compromessa è relativa alle difficoltà nelle attività quotidiane. Circa il 3 per cento delle persone di 6 anni e più non è in grado di provvedere autonomamente alla propria cura personale. Queste limitazioni insorgono prevalentemente in tarda età; in particolare è al di sopra dei 74 anni che il problema raggiunge proporzioni considerevoli: tra i 75 e i 79 anni riguarda il 12 per cento della popolazione e almeno un individuo su tre dopo gli 80 anni. Rilevante è la quota di persone che hanno bisogno di aiuto per farsi il bagno o la doccia, circa 1.300.000 individui, l'81 per cento dei quali ha più di 65 anni.

Tutt'altro che trascurabile è inoltre la quota di popolazione che deve essere aiutata per vestirsi o spogliarsi (650.000) o per consumare i pasti (350.000). Circa 200.000 individui ha difficoltà anche a lavarsi mani e viso. Le condizioni più gravi di disabilità sono relative alla riduzione pressoché totale di autonomia nel movimento; ciò comporta la costrizione a vivere permanentemente a letto o su una sedia o confinati nella propria abitazione a causa di malattia o invalidità. Queste condizioni riguardano oltre un milione di individui (il 2 per cento) con quote significativamente più elevate tra gli anziani. Dopo gli 80 anni i tassi raggiungono il 21 per cento per gli uomini e il 28 per cento per le donne. Relativamente agli aspetti legati alla locomozione si può osservare che il 2,5 per cento della popolazione presenta limitazioni nel salire o scendere le scale, camminare o raccogliere oggetti da terra.

Tali problemi sono naturalmente prevalenti nella popolazione anziana: dopo i 75 anni di età il tasso raggiunge complessivamente il 17 per cento con uno scarto notevole tra uomini e donne a svantaggio di queste ultime, l'11,7 per cento contro il 20 per cento rispettivamente. Le difficoltà nella sfera della comunicazione, quali l'incapacità di vedere, sentire o parlare, coinvolgono circa l'1 per cento della popolazione di 6 anni e più, e nell'età inferiore ai 60 anni colpiscono più i maschi che le femmine. Lungi dal considerare il disabile una categoria sociale va tuttavia evidenziato che le caratteristiche strutturali, le condizioni di vita, le risorse educative e di lavoro di questa fascia di popolazione configurano un quadro di disagio, e in taluni casi di precarietà, con cui il sistema sanitario e sociale nel suo complesso devono necessariamente confrontarsi.

Uno stato di salute compromesso può aver pregiudicato a sua volta la possibilità di lavoro e di affermazione sociale contribuendo ad aggravare lo svantaggio sociale di questo gruppo di popolazione. In tutte le classi di età la proporzione di persone che hanno conseguito un titolo di studio superiore alla scuola dell'obbligo è tra i disabili sensibilmente inferiore rispetto al resto della popolazione.

Ciò dimostra quanto ancora debba essere fatto per la reale integrazione dei disabili nella società. Un titolo di studio adeguato è, oggi più che in passato, la prima via di accesso al mercato del lavoro. Nonostante il notevole impegno normativo per garantire pari opportunità alle persone disabili si stima che gli occupati non raggiungano le 150.000 unità, pari al 19 per cento degli individui disabili in età lavorativa. L'analisi per età rivela come le forti discriminazioni siano evidenti sin dall'ingresso nel mondo del lavoro. La percentuale di occupati fra i disabili maschi di età compresa fra 20 e 44 anni è del 44 per cento, contro l'85 per cento dei loro coetanei senza disabilità. Fra le donne tale differenza è di 35 punti percentuali.

Fra i 45 e i 64 anni la percentuale di donne occupate nella popolazione complessiva è il triplo rispetto alle donne disabili. Un ulteriore elemento di criticità è rappresentato dal contesto familiare del disabile. È infatti la famiglia che molto spesso si fa carico delle necessità assistenziali del disabile. La particolare struttura per età di questo segmento di popolazione, dove preponderante è il peso delle classi di età elevate, fa sì che vi si rintraccino le stesse tipologie familiari degli anziani, caratterizzate da una forte componente femminile che vive in famiglie senza nuclei, più frequentemente come persona sola (36 per cento), e da una componente maschile collocata più spesso in famiglie mononucleari. Un dato di notevole interesse è rappresentato dagli oltre 750.000 disabili che vivono da soli; si tratta prevalentemente di donne (86 per cento) delle quali l'80 per cento con età superiore ai 74 anni.

Quasi il 26 per cento vive in coppia senza figli; un 10 per cento vive come "membro aggregato" contro poco più dell'1 per cento degli individui senza disabilità. I disabili maschi si trovano con frequenza più elevata (38 per cento) a vivere in coppia con la propria moglie, senza figli. Rilevante è anche la quota di famiglie caratterizzate da coppie con figli in cui il padre è disabile: sono il 22,3 per cento delle famiglie degli uomini e sono, maggiormente concentrate nelle fasce di età centrali.

Per quanto riguarda le donne, un'ulteriore considerazione riguarda la circostanza che al crescere dell'età vanno a costituire con frequenza superiore a quella dei loro coetanei maschi il membro aggregato di coppie con figli (6,7 per cento). Se infine guardiamo allo stato civile, ancora una volta la struttura per età determina fortemente la distribuzione: il

50 per cento delle donne è vedova, contro solo il 9 per cento degli uomini. Al tempo stesso ben il 64 per cento degli uomini è coniugato, contro solo il 33 per cento delle donne. **Le condizioni di salute e i consumi sanitari dei disabili.** L'indicatore di percezione soggettiva dello stato di salute ben si presta a esprimere un bisogno sanitario elaborato e valutato come sintesi di aspetti medici, psicologici e sociali che incidono sulle condizioni di vita del disabile.

Globalmente il 55 per cento della popolazione disabile percepisce come cattivo il proprio stato di salute, contro appena il 5 per cento del resto della popolazione di 6 anni e più. Solo il 10 per cento delle persone disabili dichiara di stare "bene o molto bene", a fronte del 61,8 per cento della popolazione non disabile (tabella 52). Questo dato complessivo è fortemente condizionato dalla prevalenza di anziani tra i disabili anche se già a partire dai 55 anni oltre la metà dei disabili si percepisce in cattiva salute.

È soprattutto tra i giovani che la condizione di disabile viene vissuta con particolare gravità; infatti risulta molto ampio il divario tra le proporzioni di coloro che si percepiscono in buona salute a seconda della presenza o meno di disabilità: solo il 50,8 per cento per cento dei ragazzi disabili di 15-24 anni dichiara di stare "bene o molto bene" a fronte dell'86 per cento dei loro coetanei non disabili.

Presenza di disabilità e presenza di malattie croniche, sono fenomeni altamente correlati. L'87 per cento delle persone disabili risultano affette da almeno una malattia cronica contro il 47 per cento del resto della popolazione. A parità di età i quozienti di morbosità cronica tra le persone disabili sono di gran lunga superiori a quelli di tutta la popolazione, e ciò per la quasi totalità delle malattie croniche rilevate.

Indipendentemente dall'eziologia della disabilità, fatta eccezione per alcune tipologie di disabilità, per es. quelle della comunicazione non associate ad altre forme di disabilità, tutte le altre sono spesso associate al moltiplicarsi delle comorbidità di tipo cronico. Sono multicronici il 74 per cento delle persone disabili contro il 28 per cento del resto della popolazione di 6 anni e più. L'utilizzo di servizi socio-sanitari costituisce un elemento fondamentale della domanda espressa da una popolazione e, come tale ne riflette i differenti livelli di morbosità.

Le persone disabili, pertanto, si qualificano come consumatori "forti" dei servizi sociosanitari. Oltre il 51 per cento ha effettuato almeno una visita nelle ultime quattro settimane precedenti l'intervista, contro il 25 per cento del resto della popolazione, per un ammontare complessivo di oltre 3 milioni di visite.

Più elevato è anche il numero medio di visite per persona, nello stesso periodo di riferimento: 2,2 tra i disabili e 1,7 nel resto della popolazione. La domanda di consultazioni mediche aumenta con l'aumentare dell'età, dal 21,5 per cento nella fascia di età compresa tra i 6-14 anni si passa al 54,6 negli ultra sessantacinquenni. Su 100 disabili di 6 anni e più le consultazioni presso un medico generico sono state circa 69 a fronte delle 19 effettuate dalla popolazione di 6 anni e più.

Meno accentuato è il ricorso alle visite specialistiche: sono state circa 45 le visite specialistiche effettuate per 100 disabili, contro le 23 della popolazione. Il confronto territoriale evidenzia un maggior ricorso allo specialista da parte delle persone disabili del Sud e delle Isole rispetto a quelle del Nord. Il ricorso allo specialista privato risulta complessivamente più contenuto nella popolazione disabile rispetto al resto della popolazione: complessivamente la quota a pagamento delle consultazioni specialistiche è rispettiva-

mente pari al 42 per cento e al 65 per cento. Gli specialisti più consultati dalle persone con disabilità risultano essere in maggior misura il cardiologo, seguito dall'ortopedico, dal neurologo e dall'oculista. Circa il 13 per cento è stato ricoverato almeno una volta negli ultimi 3 mesi precedenti l'intervista a fronte del 3 per cento circa della popolazione senza disabilità. Pur se con adeguata cautela, tenuto conto dell'esiguità del fenomeno e in attesa di dati più consistenti, giova soffermarsi infine sul ricorso ai servizi di assistenza domiciliare e ai centri di riabilitazione. Meno del 10 per cento dei disabili sembrerebbe ricorrere al servizio di assistenza domiciliare, di questi l'82 per cento ha un'età superiore a 64 anni..

Sono infine ricorsi a centri di riabilitazione pubblici o privati negli ultimi 3 mesi, meno del 9 per cento delle persone disabili, con tassi di utilizzo leggermente decrescenti rispetto all'età.

NOTE

(1) Per definizione la scala A.D.L. dell'OMS non consente di rilevare la disabilità nei bambini con età inferiore ai sei anni. Inoltre tale scala non consente di cogliere adeguatamente le disabilità di tipo mentale.

Le risposte attuali del Servizio sanitario nazionale

Il Servizio sanitario nazionale è fatto di uomini, di risorse e di funzioni. Un popolo di ben oltre mezzo milione di persone vi è impegnato, in migliaia di strutture, intenti a compiti come la prevenzione, l'assistenza sul territorio, quella in ospedale e la riabilitazione. Rendere efficiente una tale macchina organizzativa è una sfida di straordinario impegno ma è anche una necessità vitale per un Paese moderno.

RISORSE UMANE

PERSONALE

Le informazioni di seguito riportate hanno per oggetto il personale in servizio presso le aziende sanitarie locali e gli istituti di ricovero e cura pubblici, nell'anno 1999.

È importante notare che a partire dalla rilevazione relativa al 1999, le informazioni sul personale delle aziende sanitarie locali e delle strutture di ricovero pubbliche vengono rilevate attraverso il Conto annuale, definito in concerto con il Ministero del tesoro e della programmazione economica. Questo cambiamento ha l'obiettivo di unificare le rilevazioni sul personale esistenti fino al 1998, superando i vecchi modelli di rilevazione del personale delle aziende sanitarie locali (FLS 13) e del personale degli istituti di cura pubblici (HSP 15).

Personale del Servizio sanitario nazionale. Il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale è costituito dal personale delle aziende sanitarie locali (compreso quello degli istituti di cura a gestione diretta e degli istituti psichiatrici residuali) e dal personale delle aziende ospedaliere. Nel 1999 tale personale è risultato costituito da circa 640.000 unità, circa 6.000 unità in meno rispetto all'anno precedente, confermando il trend decrescente degli ultimi anni. Il personale del Servizio sanitario nazionale è così ripartito: il 66,4 per cento è costituito dal ruolo sanitario, il 22,6 per cento dal ruolo tecnico, il 10,7 per cento dal ruolo amministrativo e il restante 0,3 per cento dal ruolo professionale.

Il rapporto personale totale su popolazione residente, a livello nazionale, è di 10,9 unità per mille abitanti; la variabilità interregionale di tale indicatore risente della diversa dotazione di personale dipendente, dovuta a differenti tipologie di strutture erogatrici di servizi sanitari (pubbliche o private accreditate). Nell'ambito del ruolo sanitario, il personale medico risulta costituito da 93.800 unità e quello infermieristico da circa 245.800 unità; sia per il nume-

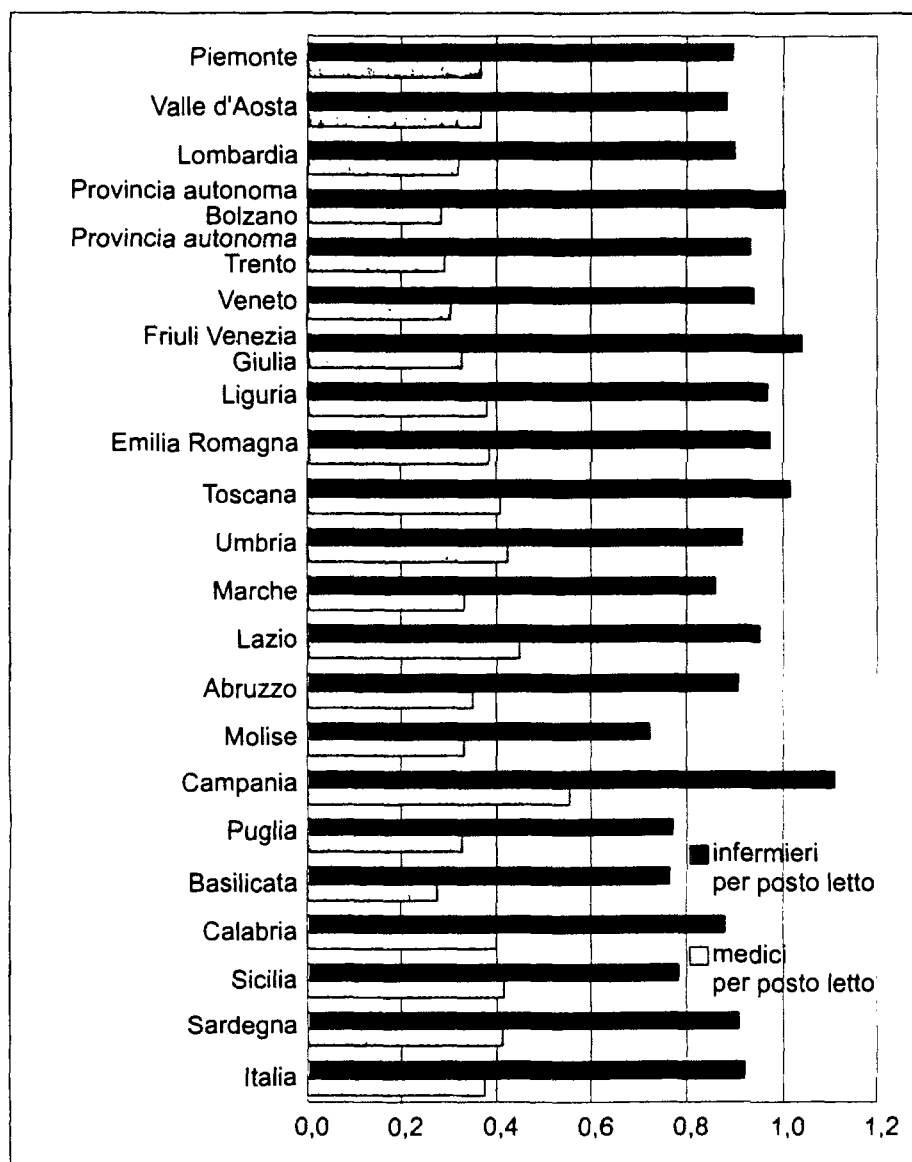


Figura 53.
Medici per posto letto e infermieri per posto letto.
Fonte: Ministero della Sanità - Sistema informativo sanitario

ro di medici, sia per quello degli infermieri continua il trend decrescente degli ultimi anni. Il rapporto infermieri/medici risulta essere sostanzialmente stabile nel tempo e si attesta, a livello nazionale, al valore di 2,6 infermieri per ogni medico; tale rapporto decresce scendendo dal Nord al Sud del Paese. La Provincia autonoma di Bolzano si evidenzia per il valore più elevato (3,7) di infermieri per medico, seguono il Friuli Venezia Giulia (3,6) e il Veneto con 3,4. Fra le regioni meridionali, la Sicilia presenta il rapporto più basso (1,9).

Personale ospedaliero. Nel 1999 il personale operante nelle strutture pubbliche ammontava a circa 537.000 unità di cui il 17,7 per cento era rappresentato da personale medico, il 43,2 per cento da personale infermieristico e il restante 39,1 per cento da personale amministrativo, tecnico, professionale e da altre figure appartenenti al ruolo sanitario.

A livello nazionale, le strutture ospedaliere pubbliche dispongono, mediamente, di circa un medico ogni 2,7 posti letto e di circa un infermiere ogni posto letto.

L'analisi territoriale è stata effettuata prendendo in esame indicatori quali il numero di medici per posto letto e il numero di infermieri per posto letto. L'indicatore relativo al persona-

le medico presenta una forte variabilità: la regione che dispone di più medici per posto letto risulta la Campania (0,55 medici ogni posto letto) seguita dal Lazio (0,45 medici per posto letto), mentre la Provincia autonoma di Bolzano (0,28) e la Basilicata (0,27) presentano gli indici più bassi. Per quanto riguarda la disponibilità di personale infermieristico, si osserva che anche in questo caso la regione Campania presenta il valore più favorevole (1,11 infermieri per posto letto); il Molise, invece, con un valore di 0,72 infermieri, per posto letto rappresenta la regione meno dotata rispetto a questa figura professionale.

Passando alla composizione del personale per tipo di struttura ospedaliera, si rileva che le 217.700 unità di personale delle aziende ospedaliere costituiscono il 40,5 per cento del personale ospedaliero totale, mentre il personale operante negli ospedali a gestione diretta, 257.200 unità, ne costituisce il 47,9 per cento; il restante 11,6 per cento del personale ospedaliero opera in strutture come i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Il personale totale delle aziende ospedaliere è costituito per il 17,1 per cento da medici (in media 0,41 medici per posto letto) e per il 41,5 per cento da infermieri (circa 0,99 infermieri per posto letto) mentre negli ospedali a gestione diretta operano in media 17,9 medici e 46,3 infermieri ogni 100 unità di personale totale.

FORMAZIONE

La formazione è un processo che dura tutta la vita professionale: si distinguono una formazione cosiddetta di base e una formazione continua. All'interno della formazione di base convergono una serie di livelli formativi che conducono un soggetto a diventare professionista, acquisendo sia le conoscenze necessarie sia le abilità sia i valori indispensabili per esercitare una professione.

Il rapido e continuo sviluppo della medicina e, in generale, delle conoscenze biomediche e l'accrescersi continuo delle innovazioni, sia tecnologiche sia organizzative, rendono sempre più difficile, per il singolo operatore della sanità, mantenersi aggiornato e competente. Appare quindi intuitiva la necessità di una formazione, successiva a quella di base, che accompagni continuamente il personale sanitario nell'espletamento della professione, aiutandolo a stare al passo con i tempi. Occorre poi aggiungere che non è sufficiente adeguare il proprio bagaglio cognitivo ai più recenti progressi riportati in letteratura, ma bisogna migliorare continuamente la propria competenza professionale anche in termini operativi e comportamentali. Per rispondere a queste esigenze è necessario rivedere anche le logiche della formazione tradizionale e utilizzare metodologie che prevedano un ruolo attivo del discente e una figura di docente che non è più un mezzo autorevole di trasmissione ex cathedra delle conoscenze, ma diventa soprattutto un organizzatore di percorsi di apprendimento. Superfluo sottolineare il ruolo decisivo della valutazione, sia di processo sia di risultato.

Tale concetto viene a maturazione fin dal 1978, quando la legge 833, all'articolo 2, identificava nell'aggiornamento scientifico e nella formazione professionale gli strumenti necessari ad assicurare il perseguimento della tutela della salute. La stessa normativa sanciva l'obbligatorietà dell'aggiornamento professionale. Nella pratica, però, l'applicazione non è stata coerente, nemmeno dopo l'emanazione dei decreti legislativi 502 e 517 (del

1992 e 1993), e si è demandata interamente al singolo professionista la pianificazione della propria formazione, successiva a quella di base, disattendendo anche le previste penalizzazioni per gli inadempienti.

Successivamente è il Piano sanitario nazionale 1998-2000 a esprimersi sui temi della formazione, che acquista dignità di "strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo". Il suo ruolo è quello di consentire "il miglioramento continuo delle culture e dei valori di riferimento" e di accompagnare e sostenere "i programmi di sviluppo dei servizi" servendo da "leva strategica per il completamento del processo di aziendalizzazione". Il Piano sanitario nazionale sostiene, ancora, che "la formazione può svolgere funzioni di implementazione qualitativa dei risultati dei servizi, contrastando le patologie organizzative. Può facilitare riconversioni professionali e gestionali e può, più in generale, caratterizzarsi come strategia per incrementare l'efficacia dei servizi".

Il decreto legislativo 229/1999 riesce poi a risolvere il problema terminologico che si perpetuava da tempo, precisando (articolo 16 bis) che "la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale". Il decreto, inoltre, specifica che "la formazione continua ... è sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale". La formazione continua, intesa nella moderna accezione del termine, deve rispondere a una serie di esigenze.

In primo luogo, deve colmare le lacune che possono essere rimaste dopo la formazione di base. Per questo motivo, e per il fatto che sia rivolta a professionisti già calati e operanti nella realtà sanitaria, gli obiettivi che tale formazione si propone devono scaturire da un'attenta e precisa analisi dei bisogni formativi degli utenti cui si rivolge.

In secondo luogo, deve assicurare con costanza l'adeguamento a tutte le conoscenze emerse dalla ricerca e diffondere i valori dell'organizzazione di appartenenza. Inoltre, deve garantire l'acquisizione di competenze relazionali, sempre più importanti per le professioni sanitarie.

A questo scopo, come già in altri Paesi, sono stati istituiti i programmi di Educazione continua in medicina (ECM), che comprendono l'insieme, organizzato e controllato, di tutte quelle attività formative, sia teoriche sia pratiche, promosse da chiunque, in grado di farlo, lo desideri (società scientifiche, società professionali, aziende ospedaliere, strutture di formazione in campo medico) con lo scopo specifico di *mantenere elevata e al passo con i tempi la professionalità dei diversi operatori sanitari*.

Partecipare ai programmi di ECM è una garanzia di qualità ai fini della tutela della propria professionalità per ogni operatore sanitario, definita anche dal codice deontologico, ma soprattutto è un diritto dei cittadini che, legittimamente, richiedono sempre di più operatori attenti, aggiornati e sensibili. Ciò è, oggi, particolarmente importante, considerando che il cittadino è sempre più informato sulle possibilità della medicina di rispondere a doman-

de che riguardano la salute nel suo complesso e non solo l'aspetto curativo. Nel periodo intercorso tra l'emanazione del decreto legislativo 229 e la traduzione operativa del lavoro della commissione, molteplici sono state le attività promosse per la formazione continua del personale sanitario. Ruolo attivo hanno ricoperto in questa fase le società scientifiche, alcune fondazioni e qualche sede universitaria, che da un lato si sono fatte promotrici di una serie di eventi formativi di vario tipo (corsi, seminari, convegni) per rispondere alle esigenze dei propri associati e, dall'altro, si sono impegnate per sperimentare e promuovere nuovi modelli formativi. La partecipazione a tali attività, demandata agli interessi e alle possibilità del singolo professionista, non sempre possedeva strumenti per una valutazione a priori della qualità e della rilevanza dell'evento proposto, non sottoposto a nessun tipo di valutazione istituzionale.

L'ECM è finalizzata alla valutazione delle varie manifestazioni culturali in maniera tale che il singolo operatore sanitario possa essere garantito della loro qualità e utilità ai fini della tutela della propria professionalità; inoltre, è anche lo strumento per rammentare a tutti il dovere di svolgere un adeguato numero di attività di aggiornamento e riqualificazione professionale. Il decreto legislativo 229/1999 dedica anche spazio, all'articolo 16 quinquies, alla formazione manageriale, "requisito necessario per lo svolgimento degli incarichi relativi alle funzioni di direzione sanitaria aziendale e per l'esercizio delle funzioni dirigenziali di secondo livello per le categorie dei medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi". L'onere dell'organizzazione dei corsi relativi alla formazione manageriale è demandato alle regioni, che possono avvalersi di soggetti pubblici e privati accreditati.

Il ministro della sanità, per l'espletamento dei compiti previsti dall'articolo 16 ter, comma 2 del decreto legge del 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, ha emanato il decreto legge del 19 giugno 1999, istituzionalizzando anche nel nostro Paese l'ECM.

Con il decreto legge del 5 luglio 2000 ha nominato poi la Commissione nazionale per la formazione continua, da rinnovarsi ogni cinque anni, presieduta dal ministro della Sanità e composta da:

- due vicepresidenti:
- uno nominato dal ministro della sanità;
- uno rappresentato dal presidente della Federazione nazionale dell'Ordine dei medici e odontoiatri;
- dieci membri, di cui:
- due designati dal ministro della sanità;
- due dal ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;
- uno dal ministro della funzione pubblica;
- uno dal ministro per le pari opportunità;
- due dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;
- due dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici e odontoiatri.

La Commissione definisce, con programmazione pluriennale, gli obiettivi formativi di interesse nazionale, con particolare riferimento alla elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici.

Definisce, inoltre, i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo, i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e

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 ovi-caprina 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, traspunta 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 opoterapici;
- 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 trascinalimento 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

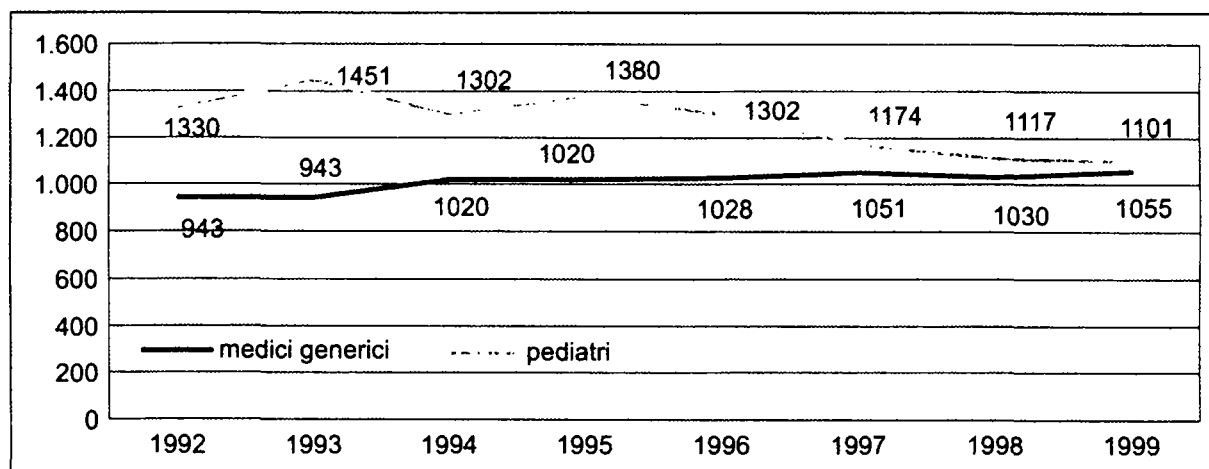


Figura 54. Rapporto tra residenti e medici di base
Fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario

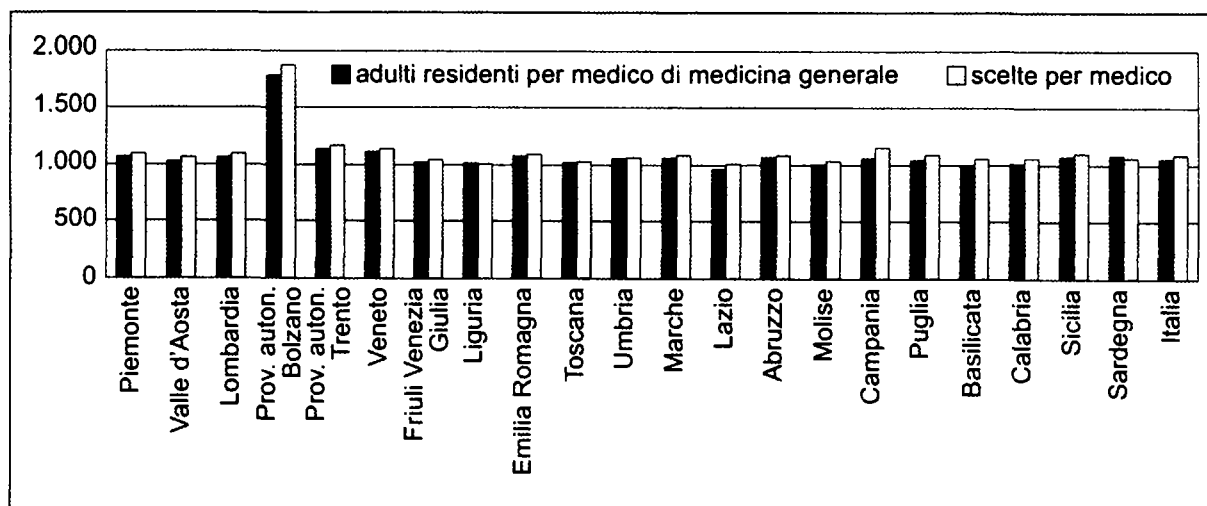


Figura 55. Distribuzione del numero di scelte di adulti residenti per medico di medicina generale, anno 1999
Fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario

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-

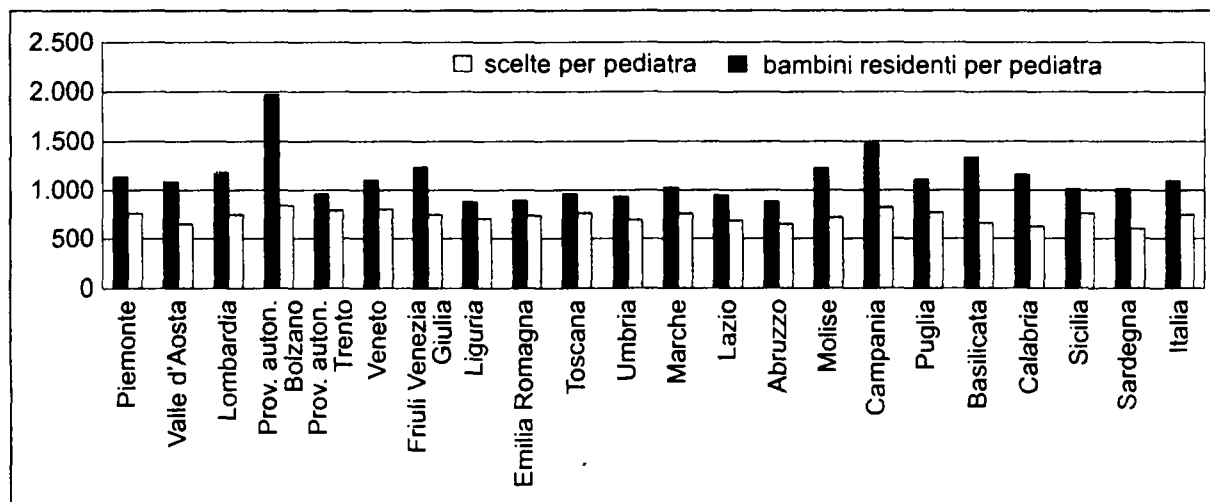


Figura 56. Distribuzione del numero di scelte e bambini residenti per pediatra, anno 1999
Fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario

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-

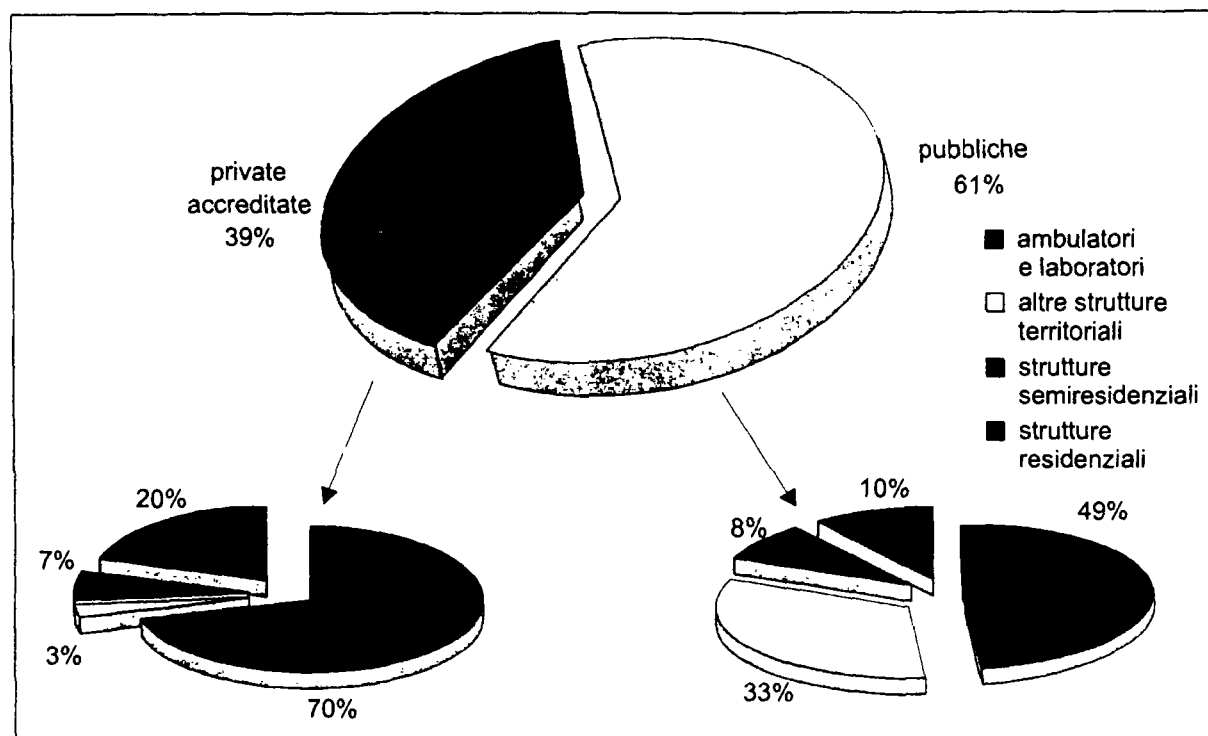


Figura 57. Strutture territoriali pubbliche e private accreditate, anno 1999

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

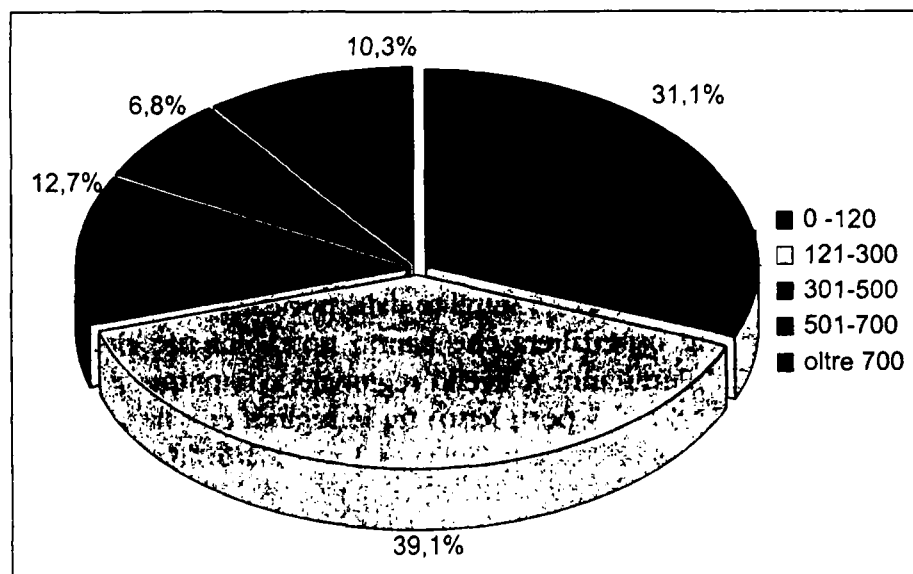


Figura 58.
Ospedali per classi
di ampiezza
dei posti letto.
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario

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

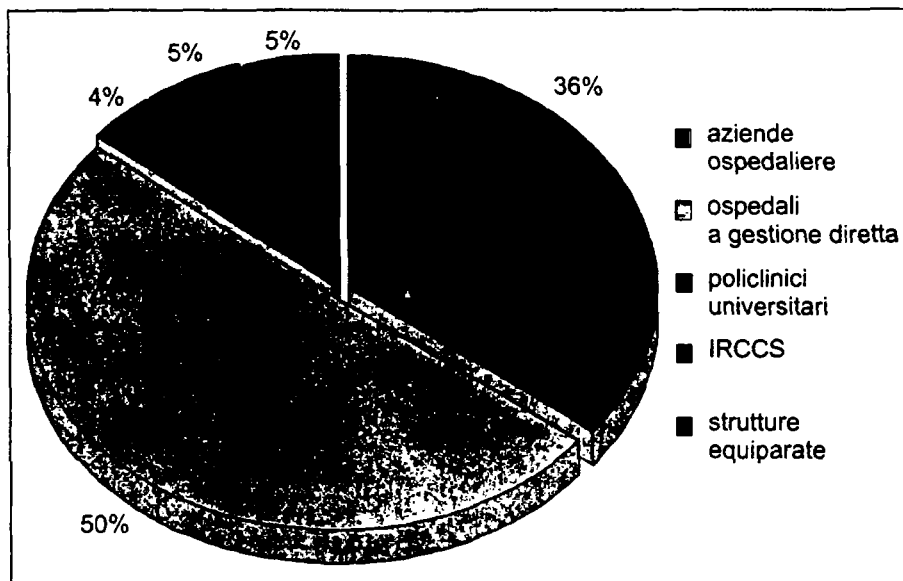
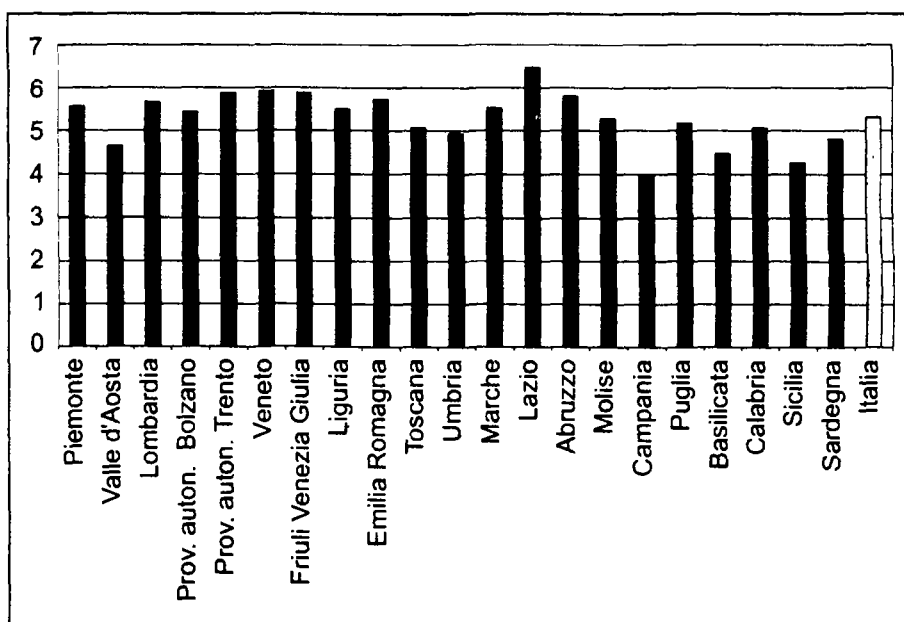


Figura 60.
Posti letto pubblici
e privati accreditati
per 1.000 abitanti.
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario



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-

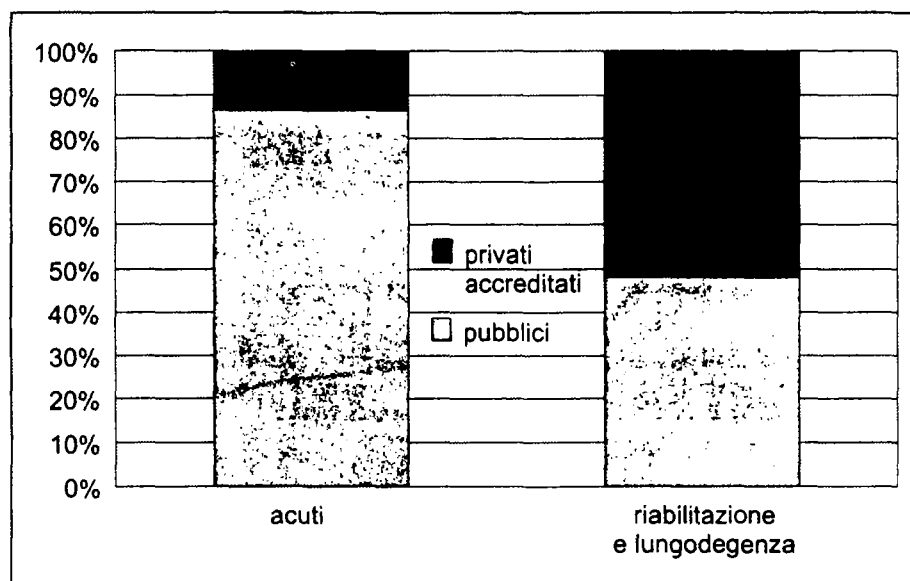


Figura 61.
Posti letto per acuti
e per riabilitazione
e lungodegenza.
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario

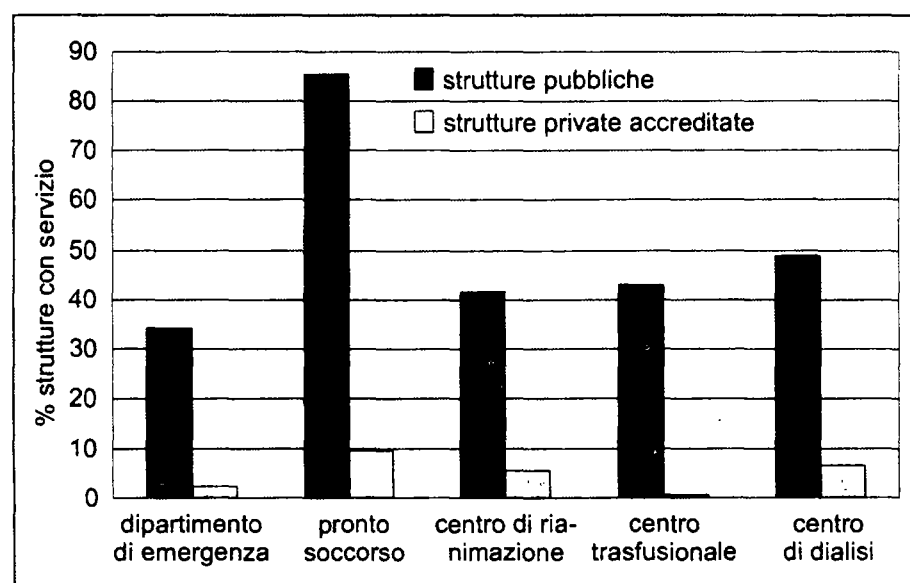


Figura 62.
Servizi
per le emergenze
e altri servizi
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario

re, infatti, nel 1999 era di 0,52 letti, con una notevole variabilità regionale. Il Lazio e la Provincia autonoma di Trento presentano le uniche realtà territoriali in cui il parametro di riferimento è superato, mentre la Valle d'Aosta registra la carenza più accentuata (0,01 posto letto per 1.000 abitanti). In genere le strutture ospedaliere pubbliche risultano più orientate a un'attività per acuti, più dell'80 per cento dei loro posti letto sono, infatti destinati a questo tipo di attività; mentre nelle strutture private accreditate la presenza di posti letto per riabilitazione e lungodegenza rappresentano quasi il 60 per cento dei posti letto totali (figura 61).

Per quanto riguarda la presenza di servizi destinati alle prestazioni di emergenza e pronto soccorso si evidenzia come le strutture pubbliche siano in genere più dotate di quelle private accreditate. Negli ospedali pubblici il Dipartimento di emergenza è presente nel 34,3 per cento dei casi, con notevoli differenziazioni fra le regioni, mentre l'85,5 per cento degli ospedali dispone di un pronto soccorso e il 42 per cento di un centro di rianimazione.

Figura 63.
Degenza media.
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario

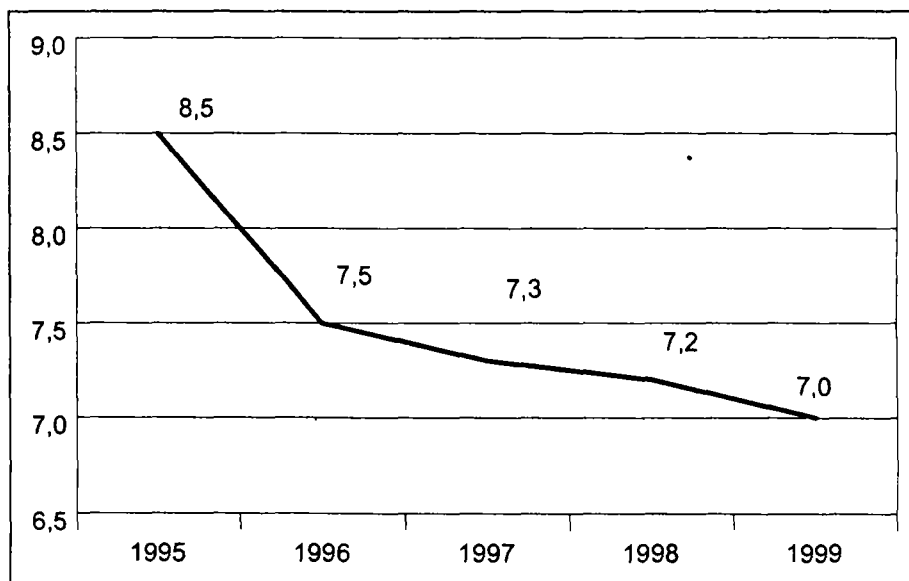
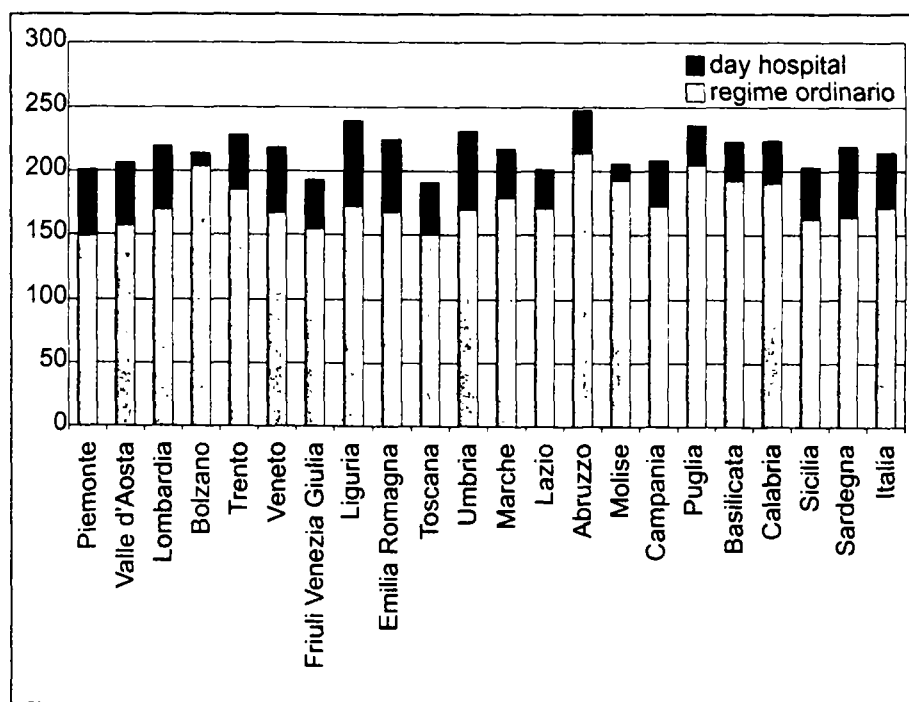


Figura 64.
Tassi di
ospedalizzazione.
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario



Inoltre in quasi la metà delle strutture ospedaliere pubbliche è presente un centro trasfusionale e un centro di dialisi (figura 62).

Attività ospedaliera. Nel 1999 sono stati effettuati circa 10.300.000 ricoveri con una degenza media per ciascun ricovero di circa 7 giorni, conformando la tendenza alla diminuzione già registrata negli anni precedenti (figura 63). L'analisi dell'attività ospedaliera per disciplina, è stata effettuata considerando le principali discipline che coprono circa l'80 per cento delle dimissioni totali. Tra queste, le discipline di base (medicina generale, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia e pediatria) coprono quasi il 50 per cento dell'attività ospedaliera. La degenza media per le discipline considerate presenta una forte variabilità in quanto essa è un indicatore notevolmente influenzato dal tipo di prestazioni effettuate nei

Tabella 56. Cause di ricovero: percentuali dei dimessi e degenza media

causa di ricovero	% dimessi	degenza media
I malattie infettive e parassitarie	1,9	8,0
II tumori	8,5	10,3
III malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	2,1	7,8
IV malattie del sangue e degli organi ematopoietici	0,8	9,0
V disturbi psichici	2,8	12,9
VI malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	7,0	4,8
VII malattie del sistema circolatorio	15,5	8,3
VIII malattie dell'apparato respiratorio	7,4	7,5
IX malattie dell'apparato digerente	10,8	7,1
X malattie dell'apparato genitourinario	6,6	5,8
XI complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	8,2	4,4
XII malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	1,5	6,8
XIII malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	5,6	7,0
XIV malformazioni congenite	0,9	5,9
XV alcune condizioni morbose di origine perinatale	1,6	7,8
XVI sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	5,3	5,8
XVII traumatismi e avvelenamenti	9,7	5,9
XVIII ricoveri di natura speciale	3,8	4,7
totale 100,0	7,0	

fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario - Sdo

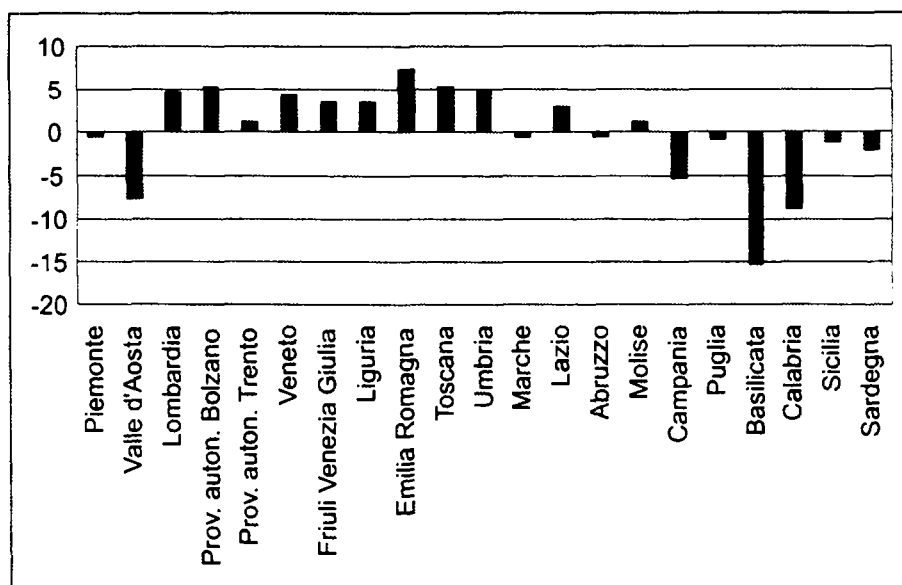
diversi reparti. I valori di degenza media più elevati si registrano nei reparti di riabilitazione (25,3 giorni) e geriatria (11,8 giorni), mentre sono i reparti di oculistica (3,2 giorni) e pediatria (4,2 giorni) i settori ove si permane di meno.

Considerando l'elenco dei capitoli della classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi (ICD-IX), la principale causa di ricovero è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio, 15,5 per cento dei dimessi, con una degenza media di 8,3 giorni. Seguono le malattie dell'apparato digerente e i traumatismi e avvelenamenti, rispettivamente il 10,8 e il 9,7 per cento dei dimessi. La degenza media più alta si registra per i disturbi psichici (12,9 giorni) e per i tumori (10,3 giorni) (tabella 56).

L'analisi della domanda ospedaliera è misurata dal tasso di ospedalizzazione che rappresenta la frequenza con la quale la popolazione residente si ricovera; l'art.1 della L.662/96 fissa il valore di 160 ricoveri ogni 1.000 abitanti come quello ottimale.

Nel 1999, a livello nazionale, sono stati "richiesti" circa 171 ricoveri ordinari ogni 1.000 abitanti, valore in diminuzione rispetto all'anno precedente ma comunque al di sopra dello standard previsto. Per tale tasso si registrano notevoli differenziazioni territoriali, in particolare i valori più elevati si hanno al Nord, in Provincia autonoma di Bolzano (204) e al Sud, in Abruzzo (214) e Puglia (205) mentre i valori più vicini allo standard sono quelli di Sicilia (162) e Sardegna (163) (figura 64).

Figura 65.
Saldo migratorio ,
interregionale
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario



La domanda di ricovero non soddisfatta nella regione di residenza determina un flusso di mobilità ospedaliera verso le regioni che presentano, sia dal punto di vista strutturale che organizzativo una maggiore ricettività. Nel 1999 non si registrano significative variazioni rispetto agli anni precedenti, riconfermando la tendenza delle popolazioni del Sud a migrare verso le regioni centrosetteentrionali per accedere ai servizi sanitari di tipo ospedaliero. Nel 1999 il numero di pazienti trattati in ospedali esterni alla regione di residenza è in media 6,8 ogni 100 dimessi; a livello territoriale la variabilità è molto elevata: si passa dal valore di 3,9 ricoveri fuori regione per 100 dimessi della Regione Sardegna al valore di 24,7 della Regione Basilicata.

In termini di "attrazione" di pazienti provenienti da fuori regione, emerge che la Regione Molise importa un consistente numero di ricoveri da altre regioni (22,4 per 100 dimessi). In conclusione, si osserva che tutte le Regioni dell'Italia meridionale, a eccezione del Molise, presentano un saldo negativo totale tra importazioni ed esportazioni. Al Nord le regioni che, invece, presentano un saldo negativo sono Piemonte e Valle d'Aosta: le esportazioni superano le importazioni (figura 65).

RIABILITAZIONE

Per quanto riguarda la distinzione tra riabilitazione intensiva ed estensiva, deve essere posta una differenziazione tra patologie dell'età evolutiva e no. Il concetto di acuzie e postacuzie, come elemento distintivo generale, non può infatti essere usato per le malattie contratte in età adulta. La definizione di riabilitazione intensiva fa riferimento al termine anglosassone di "acute rehabilitation", mentre quella di riabilitazione estensiva è un adattamento alla cultura italiana del termine "sub-acute rehabilitation". Entrambe le terminologie anglosassoni sono indiscutibili dal punto di vista concettuale, ma possono generare confusione se si riferiscono solo alla malattia.

Soprattutto in età evolutiva, la malattia è un evento distante dalle problematiche ugualmente acute determinate dalla disabilità che deve essere il vero obiettivo della riabilitazione.

Queste prospettive che ispirano il progetto riabilitativo tendono a cambiare nel tempo con il cambiare delle caratteristiche dell'individuo che va evolvendosi nella sua crescita, per cui situazioni che potevano essere considerate importanti per una determinata contingenza e quindi in questo senso acute per quel determinato momento della storia evolutiva del soggetto, possono essere diventate postacute o addirittura superate in un momento successivo. La riabilitazione intensiva ha poi un significato particolare nell'ambito delle attività e competenze svolte dai presidi extraospedalieri in funzione della particolarità degli obiettivi che raccordano l'intervento sanitario con quello sociale.

Spesso, in tal senso, si è visto considerare queste tipologie di intervento come ambiti prettamente appartenenti all'intervento estensivo. Tuttavia, l'Organizzazione mondiale della sanità, nella recente revisione della Classificazione internazionale delle malattie (ICD-2), utilizza al posto della vecchia terminologia di handicap la terminologia di partecipazione con la seguente definizione: "La partecipazione è il coinvolgimento di un individuo nelle situazioni della vita di relazione alle condizioni di salute, alle funzioni e alla struttura del corpo, alle attività e ai fattori contestuali...Le restrizioni alla partecipazione sono i problemi che un individuo può avere nel tipo o nel grado di coinvolgimento nelle situazioni della vita".

Appare dunque chiaro che vi possono essere momenti di acuzie o di riacutizzazione di tali problematiche che giustificano un intervento riabilitativo intensivo volto a recuperare tali difficoltà. Il punto di riferimento in tal senso è dato per esempio dalle Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities dell'ONU.

In definitiva si evidenzia la necessità che l'uso della distinzione tra intensivo ed estensivo non si riferisca esclusivamente all'ambito della menomazione.

Assistenza riabilitativa. Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 individua la riabilitazione come area in cui siano necessari interventi per l'adeguamento al contesto europeo, sia dal punto di vista programmatico sia da quello organizzativo e gestionale. L'attività riabilitativa necessita, infatti, di un approccio multidimensionale e plurispecialistico, tale da garantire, con una riabilitazione in fase precoce, il recupero di competenze funzionali e lo sviluppo di competenze sostitutive e rendere possibile la massima autonomia raggiungibile, in particolare nell'età evolutiva, negli anziani e nei neurolesi post-traumatici.

L'assistenza riabilitativa deve svolgersi in strutture e servizi collocati a diversi livelli (distrettuale, sovra-distrettuale e multizonale) e con una diversificazione dell'offerta (ospedaliera ed extraospedaliera residenziale e semiresidenziale).

In ambito ospedaliero gli interventi riabilitativi possono essere effettuati in reparti autonomi muniti di posti letto, oppure in servizi afferenti alle diverse unità operative; nei reparti ad alta specialità riabilitativa, come le unità spinali unipolari e i reparti per gravi traumi cranici e cerebrolesioni acquisite, la riabilitazione è parte integrante dell'organizzazione del reparto stesso.

Le fasi dell'intervento riabilitativo possono essere così schematizzate:

- fase della prevenzione del danno secondario e delle menomazioni conseguenti;
- fase della riabilitazione intensiva postacuzie;
- fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione, senza richiedere interventi intensivi;
- fase di mantenimento o prevenzione della progressione della disabilità.

In relazione alla complessità e intensità delle risorse impiegate, si possono individuare due tipi di assistenza riabilitativa:

- attività di riabilitazione estensiva o intermedia finalizzata al recupero di disabilità transitorie o minimali o disabilità importanti con esiti permanenti (riabilitazione di I livello);
- attività di riabilitazione intensiva, per il recupero di disabilità importanti ma modificabili (riabilitazione di II e III livello).

L'attività riabilitativa intensiva di II livello richiede un elevato impegno terapeutico distribuito nell'intero arco della giornata; ciò implica che essa debba svolgersi in reparti intensamente connessi con le unità operative per acuti, in modo da garantire una continuità assistenziale o un tempestivo intervento dopo la dimissione del paziente. L'attività di III livello, o di alta specialità, è rivolta al trattamento di patologie che richiedono un'avanzata tecnologia e una specifica qualificazione; essa si svolge in strutture come le Unità spinali unipolari, le Unità per le gravi cerebrolesioni e le unità per le gravi disabilità dell'età evolutiva, che hanno una valenza sovraaziendale o regionale. Le discipline ospedaliere dedicate all'attività riabilitativa sono, oltre l'unità spinale, il recupero e riabilitazione funzionale e la neuroriabilitazione. Complessivamente, nel 1999, erano destinati alla riabilitazione circa 15.000 posti letto di degenza ordinaria e 1.150 di day-hospital e 338 posti letto nella unità spinale.

La variabilità territoriale è comunque notevole: escludendo la Valle d'Aosta, in cui vi è un solo posto letto in day-hospital, le regioni con una minore offerta di posti letto sono la Puglia e la Sardegna, rispettivamente con 0,04 e 0,01 posti letto di degenza ordinaria ogni 1.000 abitanti; il Piemonte, la Lombardia e la Provincia autonoma di Trento sono invece le regioni con la più alta disponibilità di posti letto (circa 0,5 ogni 1.000 abitanti). Anche i reparti di unità spinale sono differentemente dislocati sul territorio nazionale: tale unità operativa è sempre presente in tutte le regioni del Centro-Nord, a esclusione di Valle d'Aosta, Province autonome di Bolzano e Trento e Marche; al Sud si registrano, invece, solamente 5 posti letto in Campania.

Nel 1999 sono stati effettuati circa 212.300 ricoveri in reparti dedicati all'attività di riabilitazione; il 96,8 per cento di essi è stato effettuato nei reparti di recupero e riabilitazione funzionale, con una degenza media di 25,3 giorni, l'1,8 per cento in reparti di neuroriabilitazione, con una degenza media di 45 giorni, e il restante 1,4 per cento riguarda ricoveri in unità spinali la cui durata media della degenza è di 34,6 giorni (tabella 57).

I centri di riabilitazione (ex articolo 26 della legge 833 del 1978) sono strutture extraospedaliere in cui viene erogata in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale ed extramurale e domiciliare assistenza riabilitativa; in particolare, è opportuno distinguere quelle strutture, che sono anche residenze sanitarie, dai centri che erogano prestazioni non completamente residenziali. Tali centri hanno una dislocazione alquanto disomogenea a livello regionale; in particolare, per quanto riguarda i posti letto residenziali e

Tabella 57. Ricoveri in reparti dedicati alle attività di riabilitazione, in relazione alla disciplina.

Fonte: Ministero della sanità - Sistema informativo sanitario

descrizione disciplina	dimessi	giornate di degenza	degenza media
recupero e riabilitazione funzionale	205.433	5.189.557	25,3
neuroriabilitazione	3.932	176.815	45,0
unità spinale	2.930	101.416	34,6
totale	212.295	5.467.788	25,8

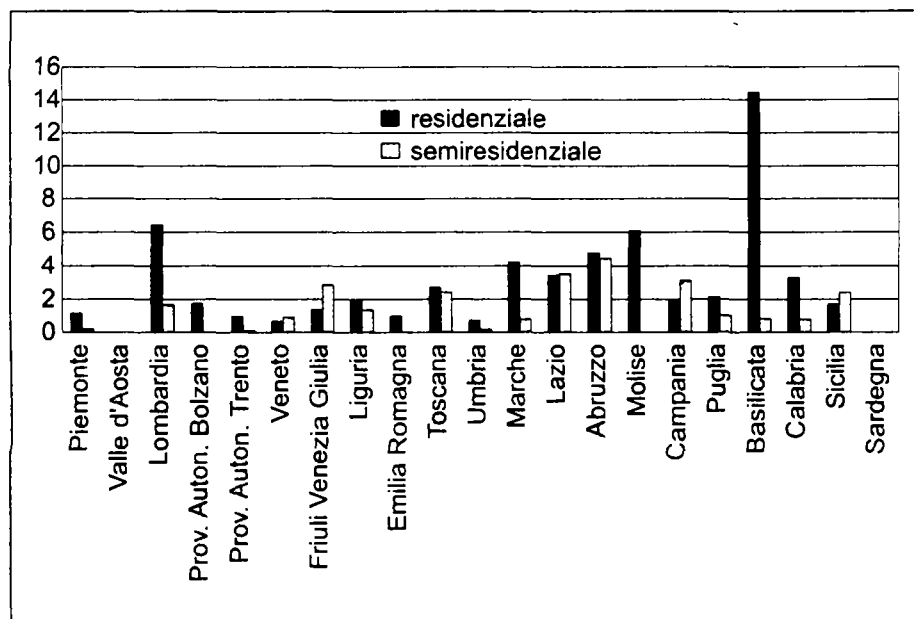


Figura 66.
Centri
di riabilitazione:
posti letto
per 10.000 abitanti

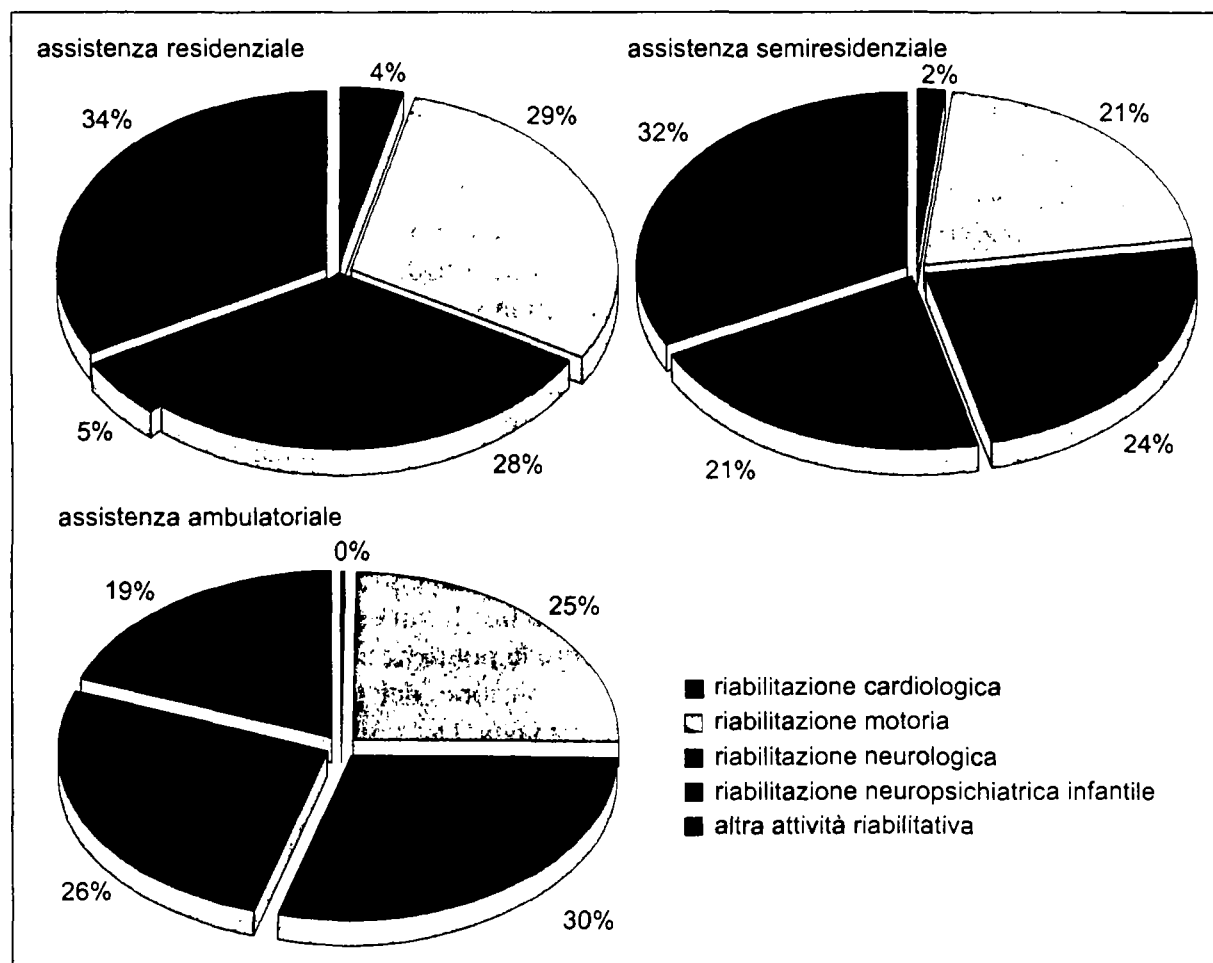


Figura 67. Analisi dell'attività riabilitativa secondo la tipologia di assistenza (residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale).
Fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario.

semiresidenziali, si registrano valori che vanno da un minimo di 0,7 posti letto residenziali ogni 10.000 abitanti di Veneto e Umbria a un massimo di 14,4 posti letto della Basilicata, e da un minimo di 0,1 posti letto semiresidenziali della Provincia autonoma di Trento a un massimo di 4,5 dell'Abruzzo. Le regioni Valle d'Aosta e Sardegna non hanno strutture territoriali di tipo residenziale e semiresidenziale, mentre il Molise non dispone di posti letto semiresidenziali (figura 66). L'analisi dell'attività riabilitativa secondo la tipologia di assistenza fa emergere fra l'altro che la riabilitazione neuropsichiatrica infantile è svolta principalmente in regime semiresidenziale e ambulatoriale, mentre la cardiologica quasi esclusivamente in strutture residenziali e semiresidenziali; analogamente per la riabilitazione pneumologica e respiratoria (figura 67). Il 30 per cento del personale operante nei centri di riabilitazione è composto da terapisti, il 5 per cento da logopedisti, il 9 per cento da personale medico e il restante 56 per cento da altro personale; in genere, la quota di personale sanitario risulta più significativa in regime ambulatoriale.

Considerazioni finali. Una pluralità di fattori determinano le condizioni per una nuova domanda di salute da parte dei disabili. Infatti, la diffusione - pur se non ancora omogenea sul territorio nazionale - di servizi riabilitativi e assistenziali di base, le più favorevoli condizioni sociali ed economiche generali, nonché aspettative di vita più lunghe e con più alti standard qualitativi determinano una richiesta di migliore qualità di vita anche da parte delle persone disabili e delle loro famiglie. Ciò porta all'evidenza di una domanda di servizi più ampi e articolati rispetto alle consolidate azioni riabilitative di ambito sanitario. Emerge infatti con sempre maggiore consapevolezza la richiesta di servizi dove le dimensioni sociali e sanitarie possano integrarsi in un unico progetto riabilitativo, capace di valorizzare nel modo più rispondente al proprio progetto esistenziale le potenzialità di ogni persona disabile. Quest'ultimo aspetto, inoltre, rinvia all'importanza, ribadita tra l'altro dalla recente normativa in materia, di sviluppare azioni che permettano una vita quanto più possibile indipendente per i soggetti disabili. Prospettiva, questa, che chiede un forte ripensamento dell'organizzazione dei servizi in quanto pone i bisogni dei disabili in una prospettiva diversa. Si tratta quindi di un orientamento di politica sociale di cui tenere conto nella formulazione dei programmi riabilitativi piuttosto che di un'opzione ideologica da seguire con atteggiamento acritico, come a volte si è verificato nel nostro Paese affrontando la questione dei disabili. Il rinnovato, in quanto più ampio, approccio sopra evidenziato pone tra le questioni all'ordine del giorno anche i servizi collegati a una piena e soddisfacente attuazione della legge 68 del 1999 "Diritto al lavoro dei disabili". Da una lettura superficiale si può ritenere che sia una questione che riguarda principalmente le politiche attive del lavoro e solo marginalmente l'ambito strettamente sanitario: attribuzione dell'invalidità civile (ex legge 118/1971) e determinazione del grado di capacità lavorativa residua. Diversa è la prospettiva se l'avvio o il ritorno al lavoro vengono intesi come esito (meglio uno degli esiti possibili) finale di un articolato processo riabilitativo. In tal caso, lo sguardo al risultato finale da parte del riabilitatore chiederà sia di progettare un intervento riabilitativo complessivo e globale sia di realizzare servizi e attività in modo diverso e con un obiettivo che, pur privilegiando la dimensione clinica, non potrà che essere da subito proiettato verso la futura integrazione sociale e professionale. Queste considerazioni sottolineano l'urgenza e l'importanza di uno sforzo conoscitivo in materia di disabilità che permetta la messa a punto di una mappa nazionale completa di situazioni e bisogni al fine di identificare un modello assistenziale più idoneo ai bisogni dei diversi gruppi di persone disabili.

ASSISTENZA AI SOGGETTI DEBOLI

Tossicodipendenti

L'Organizzazione mondiale della sanità definisce la tossicodipendenza uno "stato di intossicazione periodica o cronica prodotta dalle ripetute assunzioni di una sostanza naturale o sintetica". Sul tema della tossicodipendenza il Piano sanitario nazionale 1998-2000 individua come prioritari i seguenti obiettivi:

- riduzione della mortalità e della morbosità legate alla tossicodipendenza e/o all'abuso di sostanze, con particolare riferimento alla mortalità da episodi acuti e alla patologia infettiva;
- aumento della percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza;
- aumento della quota di soggetti che dopo il contatto con il sistema di assistenza, iniziano e completano i trattamenti previsti e recuperano un accettabile livello di integrazione sociale.

I servizi per le tossicodipendenze (SERT) del Servizio sanitario nazionale costituiscono le strutture di riferimento delle aziende USL per i tossicodipendenti e per le loro famiglie.

I SERT assicurano agli utenti interventi di carattere psicologico, socio-riabilitativo e medico-farmacologico. Inoltre, i SERT attuano periodicamente sui tossicodipendenti in trattamento interventi finalizzati alla prevenzione delle infezioni da HIV e delle altre patologie correlate alla tossicodipendenza. I SERT assicurano l'erogazione dei servizi ai tossicodipendenti nell'arco delle 24 ore e per tutti i giorni della settimana.

Dal 1991 al 1999 il numero di SERT è aumentato di 26 unità passando da 492 a 518 strutture (l'incremento più rilevante si è registrato nella regione Sicilia); anche il numero medio di utenti per SERT, nel periodo di riferimento, è cresciuto: da 189 nel 1991 a 275 nel 1999. Nel corso del 1999 sono stati presi in carico dai 518 Servizi pubblici per le tossicodipendenze rilevati 142.651 soggetti tossicodipendenti (122.934 maschi e 19.717 femmine), il 13,6 per cento dei quali sono stati trattati presso strutture riabilitative, con una età media di 30,8 anni (figure 67 e 68). Tali soggetti sono per la maggior parte assuntori di eroina (83,6

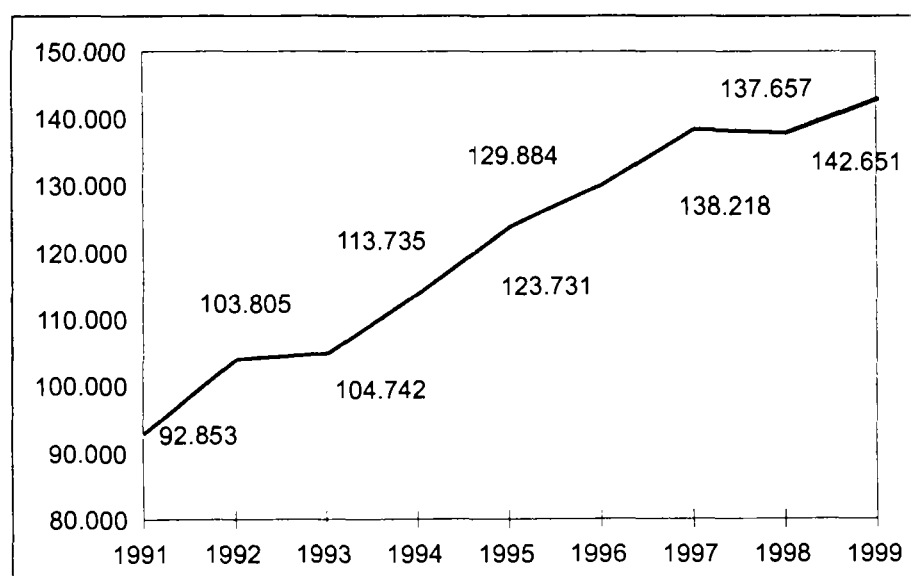


Figura 67.
Utenti dei servizi
pubblici per le
tossicodipendenze.
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario

Figura 68.
Utenti distribuiti
per fasce d'età,
anno 1999
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario

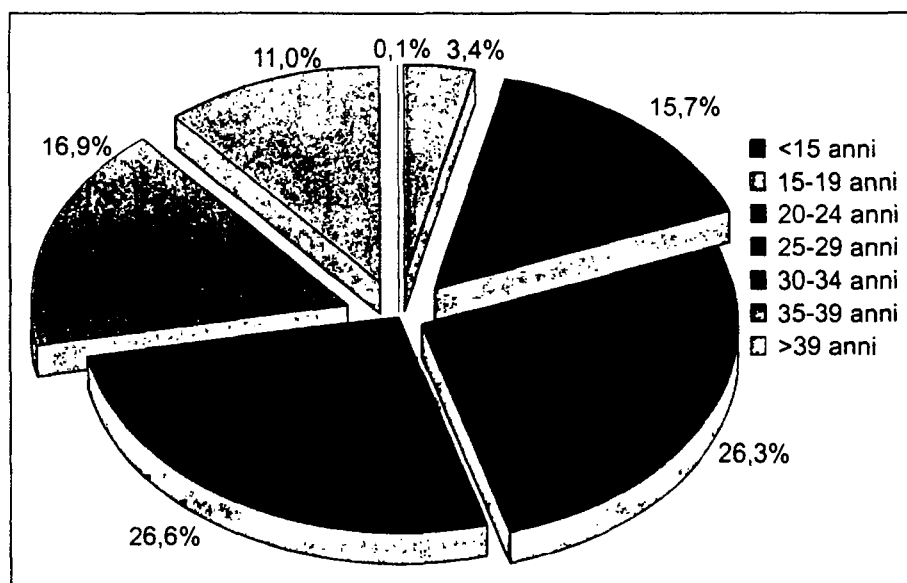
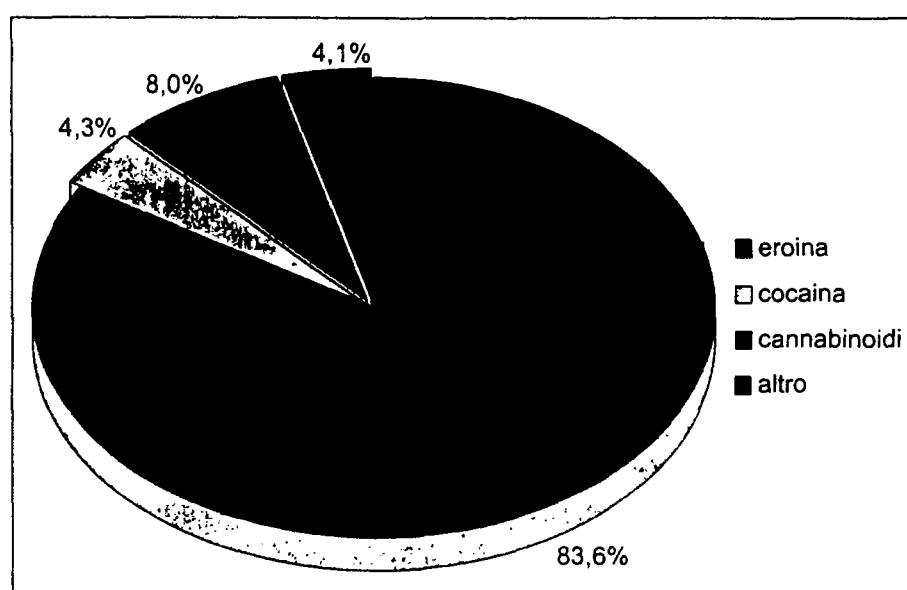


Figura 69.
Utenti distribuiti
per sostanza
stupefacente
d'abuso primaria,
anno 1999
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario



per cento), anche se è aumentato nel tempo l'uso di cannabinoidi (8 per cento al 1999) e di cocaina (4,3 per cento), e sono stati trattati con programmi farmacologici, anche integrati, nel 64,5 per cento dei casi. In particolare si è fatto sempre più ricorso a trattamenti con metadone (49,6 per cento degli utenti) soprattutto con programmi a lungo termine (54,6 per cento dei trattati con metadone) (figure 69 e 70). Per quanto riguarda le patologie infettive più rilevanti per i tossicodipendenti (HIV, epatite B ed epatite C) sono risultati positivi, rispettivamente, il 15,2 per cento, il 44,4 per cento e il 66,9 per cento dei soggetti testati nel corso del 1999 e sono prevalentemente le donne a far registrare le percentuali più elevate; è da evidenziare come per tali infezioni sia molto importante il fattore "anzianità" della tossicodipendenza essendo molto più diffuse tra gli utenti già in carico dagli anni precedenti rispetto agli utenti presi in carico per la prima volta nell'anno in esame. Il trend dal 1991 al 1999 è in diminuzione per le patologie in esame e soprattutto per quanto riguarda la percentuale di positivi al test dell'HIV.

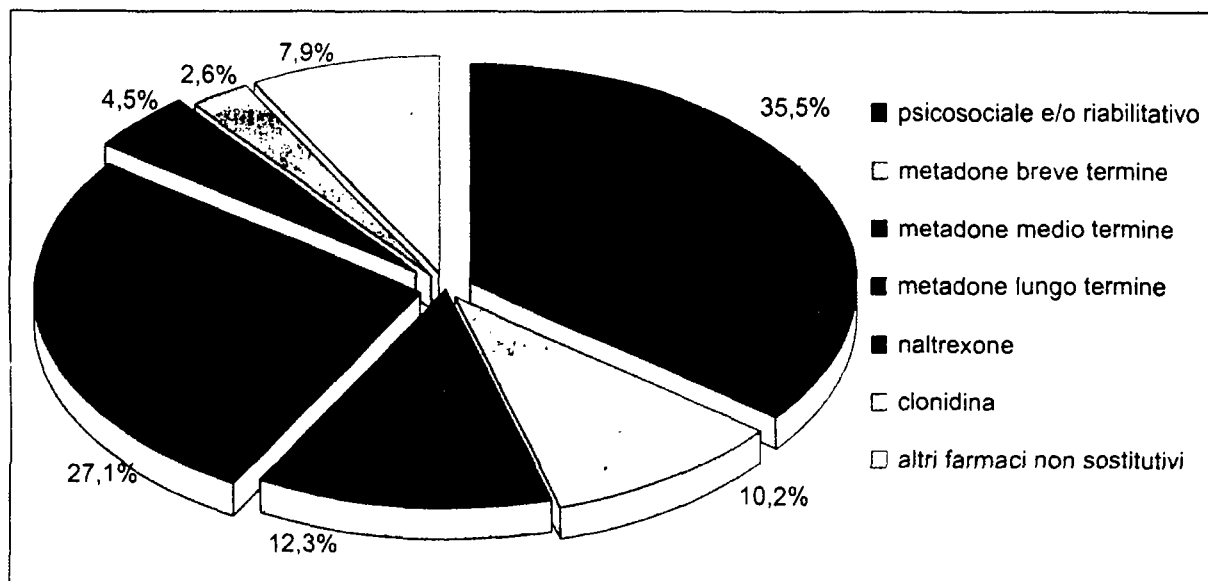


Figura 70. Utenti distribuiti per tipo di trattamento, anno 1999
Fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario

Salute mentale

Sono passati 22 anni dall'applicazione della legge 180/78 che ha modificato in maniera radicale il sistema d'assistenza ai malati psichici. Tale legge ha spostato il centro della cura dal manicomio ad una rete di servizi, distribuiti sul territorio nazionale. Allora l'esigenza era la abolizione dei manicomi che nella maggior parte dei casi erano strutture non idonee, non solo alla cura, ma anche al rispetto dei diritti di questa categoria di malati. Immediatamente dopo l'applicazione della legge l'esigenza era quella di colmare un vuoto terapeutico e assistenziale che certo non poteva essere improvvisato.

Le risposte da allora sono state parziali sul piano dei bisogni del malato, anche a seconda delle diverse zone del nostro paese. Allo stato attuale si deve convenire che si è raggiunto in maniera definitiva il modello di assistenza territoriale e quindi si è dato contenuto preciso a parole che per lungo tempo suonavano come slogan invece che come risposte ai bisogni dei malati psichici.

E' oggi possibile affermare che il manicomio non serve alla cura dei disturbi psichici e che la rete di servizi è non solo in grado di rispondervi, bensì di farlo con un notevole incremento della qualità della vita dei pazienti.

La risposta istituzionale. Per garantire l'unitarietà, l'efficacia e la continuità degli interventi volti alla tutela della salute mentale, il modello più idoneo indicato dal PSN 1998 - 2000 è quello organizzativo dipartimentale: il Dipartimento di salute mentale (DSM).

Così come previsto dal PSN 1998 - 2000, con DPR 10.11.1999 è stato definito il Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale" che individua come prioritari gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi. Le azioni previste per attuarli sono le seguenti:

- i servizi di salute mentale devono agire con interventi attivi nel territorio collaborando con le associazioni dei familiari e di volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali;

- in collaborazione con i servizi socio-assistenziali e territoriali, formulare piani terapeutici preventivi o riabilitativi personalizzati;
- applicare strategie terapeutiche attenendosi ai criteri della medicina basata su prove di efficacia;
- coinvolgere le famiglie nell'attuazione del piano terapeutico;
- attivare programmi specifici di recupero dei pazienti, anche per ridurre la frequenza dei suicidi;
- sostenere i gruppi di mutuo aiuto ai familiari e le cooperative sociali;
- promuovere iniziative di informazione alla popolazione generale con lo scopo di diminuire i pregiudizi e diffondere una maggiore solidarietà.

Il Dipartimento di salute mentale assicura le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento del malato mentale. Per rispondere ai molteplici bisogni assistenziali il DSM è costituito da una rete diversificata di servizi, articolata su quattro tipologie di interventi: ambulatoriali, ospedalieri, semiresidenziali e residenziali. Il Centro di salute mentale (CSM) costituisce la struttura organizzativa a base territoriale che svolge attività psichiatrica ambulatoriale e domiciliare, con turni di operatività per almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni la settimana. Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), eroga prestazioni in regime di ricovero ospedaliero ed è generalmente ubicato all'interno degli ospedali pubblici. Il servizio accoglie trattamenti volontari ed obbligatori, provvede alla cura di pazienti in condizioni di emergenza ed è collegato al pronto soccorso. Il Centro diurno (CD) e il Day hospital psichiatrico ospitano soggetti che necessitano di interventi terapeutici e di risocializzazione, in regime di semiresidenzialità, sulla base di programmi di breve, medio e lungo periodo. Infine le strutture residenziali destinate a pazienti che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi di medio-lungo periodo, in regime residenziale.

Nel 1998 il Ministero della sanità ha realizzato una ricognizione sullo stato di attuazione del modello organizzativo dipartimentale. Alla data del 31.3.1998, tutte le regioni e province autonome avevano formalmente istituito il DSM, con la sola eccezione della regione Molise la quale aveva comunicato l'imminente predisposizione dei relativi atti. In totale sono stati censiti 695 CSM, con un tasso di 1,8 ogni 150.000 abitanti, quasi doppio rispetto allo standard del Progetto obiettivo '94-'96 (1 ogni 150.000 abitanti). In tutte le regioni si registrano tassi superiori al valore di riferimento, in particolare in Friuli V.G. (3,3), Umbria (2,3), Trento e Piemonte (2,3); i tassi più bassi si hanno in Sicilia (1,1), Marche e Basilicata (1,2). Sono stati rilevati 481 Centri diurni con un tasso di 1,3 ogni 150.000 abitanti di poco superiore allo standard di riferimento. Al contrario dei CSM la presenza dei Centri diurni sul territorio è disomogenea, del tutto assenti in Valle d'Aosta, Basilicata e Calabria. Le regioni con la maggiore densità sono il Molise (5,4), il Friuli V.G. (3,2) e la Toscana (2,3). Molti CSM, comunque, svolgono attività non formalizzata assimilabile a quella di semiresidenzialità di un Centro diurno. I posti letto in day hospital sono risultati 942, con un tasso di 0,2 posti letto ogni 10.000 abitanti decisamente al di sotto dello standard (1 posto letto per 10.000 abitanti). Tutte le regioni sono carenti per questa tipologia assistenziale, tuttavia i valori più elevati si registrano in Valle d'Aosta (0,7) e Veneto (0,5). I servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) sono complessivamente 320 con 4.084 posti letto, in media 0,7 ogni 10.000 abitanti. Anche in questo caso non si raggiunge lo standard previsto (1 posto letto ogni 10.000 abitanti). Infine, il numero totale di strutture residenziali rilevato è di 1.056 unità con un totale di 11.066 posti letto. Il tasso è di 1,93, quasi doppio dello standard del Progetto obiettivo.

Un dato più aggiornato sulle strutture residenziali, emerge da una ricerca-intervento condotta dall'Istituto superiore di sanità, in collaborazione con le Regioni: il progetto PROGRES (PROGetto strutture RESidenziali), avente, fra gli altri, l'obiettivo di realizzare un censimento ed una classificazione delle strutture residenziali (SR) presenti sul territorio nazionale.

Al 1 maggio 2000, termine della prima fase del progetto, risultavano presenti in Italia un totale di 1.377 SR, con un numero totale di posti letto pari a 17.343, con un numero medio di 12,6 posti letto per SR. La dotazione di posti letto per 10.000 abitanti risulta molto disomogenea a livello territoriale: Campania e Valle d'Aosta presentano un tasso inferiore a 2 posti letto per 10.000 abitanti.

Tale valore è indicato nel Progetto obiettivo come standard ottimale ed è comprensivo dei pazienti ex degenti in ospedale psichiatrico (OP); che dei nuovi utenti. Le altre regioni presentano tutte una dotazione di posti letto al di sopra del valore standard; in particolare nelle regioni Abruzzo e Molise si registrano tassi tripli rispetto da quanto previsto dal progetto.

Per quanto riguarda la gestione, ossia la direzione organizzativa, i DSM gestiscono direttamente oltre la metà delle SR; il privato sociale ne gestisce poco più del 22 per cento, il privato imprenditoriale circa il 13 per cento, mentre l'11 per cento ha forme di gestione mista. La grande maggioranza delle SR (78,3 per cento) è finanziata direttamente dal Servizio sanitario nazionale, mentre quasi il 10 per cento delle SR riceve finanziamenti da parte di enti locali ed il 10 per cento riceve fondi da fonti diverse.

Per quanto concerne i pazienti ospitati, la gran parte delle SR accoglie solo (48,2 per cento) o in parte (38,6 per cento) pazienti che non sono mai stati ricoverati in OP; solo una minoranza delle SR (18,6) ospita pazienti ex degenti in OP. La metà circa delle SR (49,2 per cento) ospita prevalentemente pazienti compresi nella fascia di età tra 40 e 59 anni (figura 71). Dal confronto dei dati del PROGRES con quelli raccolti dal Ministero della sanità emergono ulteriori conferme del recente sviluppo delle SR in Italia: in soli due anni il numero delle SR è aumentato di oltre 300 unità, e la dotazione di posti letto di oltre il 50 per cento. Permangono, tuttavia, notevoli differenze a livello regionale che sembrano riflettere diffe-

Tabella 58. Distribuzione nazionale delle figure di personale impegnato nella salute mentale.

figure professionali	numero	%
medici	5.002	16,4
psicologi	1.763	5,8
sociologi	148	0,5
terapisti della riabilitazione psichiatrica	138	0,4
educatori professionali	1.029	3,4
assistenti sociali	1.524	5,0
infermieri	15.182	49,9
operatori addetti all'assistenza	3.654	12,0
amministrativi	472	1,5
altro	1.530	5
totale	30.442	100

fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario

Tabella 59. Distribuzione nazionale delle figure di personale impegnato nella salute mentale

regione	totale SR	strutture residenziali	
		totale posti letto residenziali	tasso posti letto per 10.000 abitanti
Piemonte	139	1.594	3,71
Valle d'Aosta	1	8	0,67
Lombardia	180	2.075	2,66
Prov. Aut. Bolzano	19	198	4,36
Prov. Aut. Trento	14	158	3,4
Veneto	116	1.379	3,09
Friuli Venezia Giulia	55	378	3,18
Liguria	38	780	4,73
Emilia Romagna	105	1.248	3,17
Toscana	89	761	2,15
Umbria	41	382	4,61
Marche	25	322	2,22
Lazio	108	1.261	2,41
Abruzzo	64	913	7,16
Molise	14	203	6,14
Campania	61	899	1,55
Puglia	94	1.215	2,97
Basilicata	20	271	4,7
Calabria	41	704	3,39
Sicilia	118	2.165	4,24
Sardegna	34	414	2,48
Italia	1.376	17.328	3,02

fonte: Ministero della sanità - Sistema informativo sanitario

renze nella programmazione e nelle politiche adottate, a livello regionale, relativamente alla dotazione di servizi assistenziali, ed in particolare di SR. Infine, dalla ricognizione del Ministero della sanità, emergono interessanti informazioni anche sul personale impegnato in questo settore. Al marzo del 1998, nel Paese, risultavano presenti 30.442 operatori. La distribuzione nazionale delle varie figure è presente nelle tabelle 58 e 59.

Il tasso nazionale operatori/popolazione è pari a 0,79 inferiori, quindi, allo standard di riferimento. A tale tasso corrispondono espressioni diversificate nelle varie regioni: i tassi più alti si hanno in Molise (1,37), Liguria, Umbria e Friuli V. Giulia (intorno a 1,17); ai livelli più bassi si collocano Valle d'Aosta (0,47), Puglia e Basilicata che non superano 0,60.

In conclusione, si deve prendere atto che nel 1999 si è data una ulteriore risposta positiva ai bisogni dei malati psichici:

- eliminando i ticket per le visite psichiatriche
- portando gli antipsicotici e gli antidepressivi in tabella A e quindi con rimborso totale da parte del sistema sanitario nazionale (una necessità che va estesa ora anche per i farmaci attivi nei disturbi d'ansia).

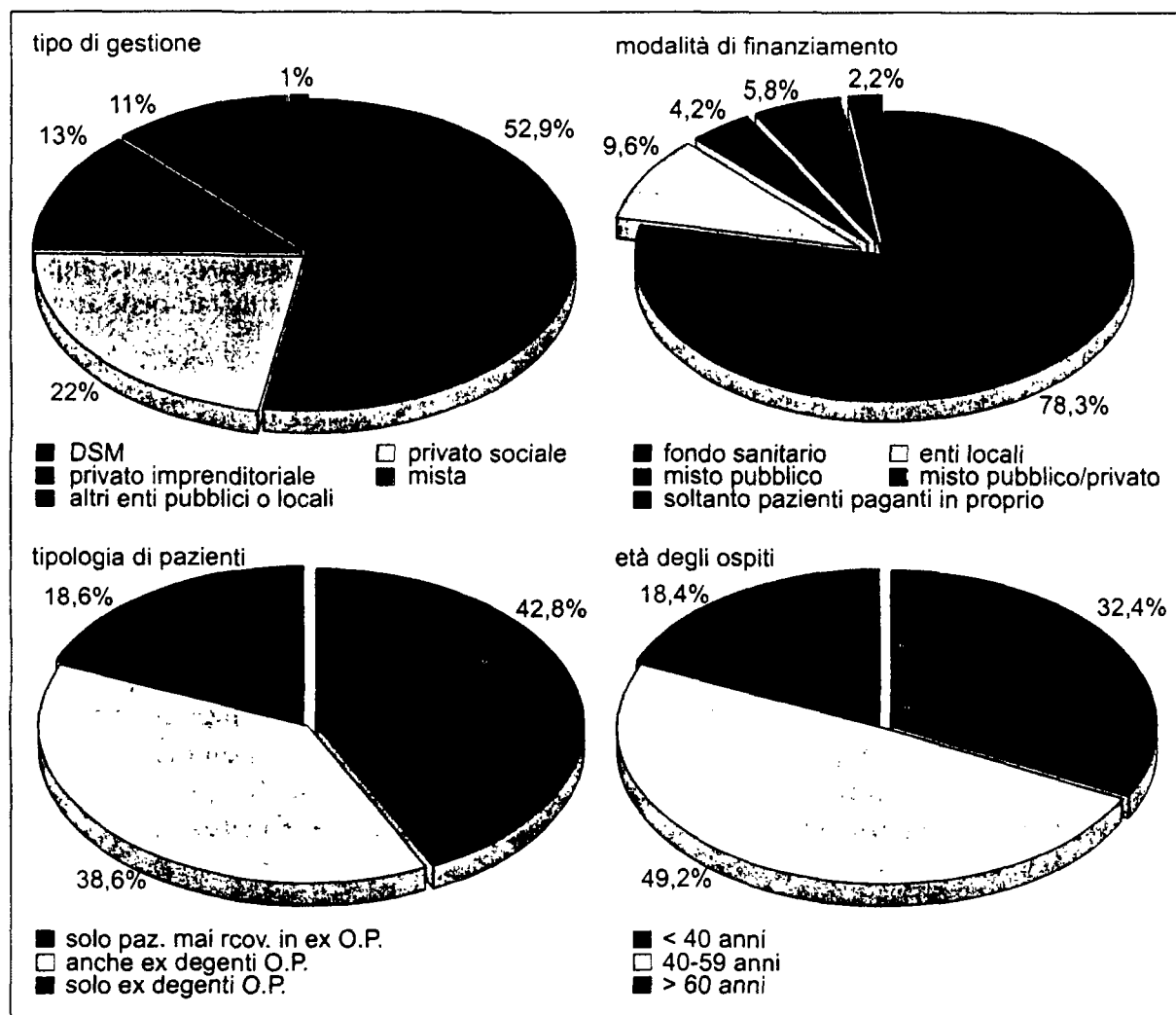


Figura71. Strutture residenziali per tipo di gestione, finanziamento, tipo ed età di pazienti
Fonte Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario

- favorendo le convenzioni per integrare meglio il sistema nazionale e privato per la psichiatria.

Il piano per la salute mentale nell'attuazione locale deve diventare prioritario e creare un sistema di stimolo e di controllo per raggiungere gli obiettivi indicati nel Progetto obiettivo nazionale sopra indicato. Una considerazione a parte merita il fatto che si sta diffondendo una modalità terapeutica che supera il dualismo tra terapie farmacologiche e terapie relazionali: vengono sovente usate in combinazione e comunque senza mettere i pazienti nel dilemma di aver imboccato la via sbagliata.

Il campo della salute mentale in maniera particolare evidenzia quanto sia importante l'attenzione terapeutica rivolta al sintomo ai fini di una salute intesa proprio come ricerca del ben d'essere e dunque di una possibilità di vivere dentro la società, in armonia con la famiglia e la comunità.

L'impegno dei prossimi anni dovrà riservare alla Salute mentale una via di particolare attenzione e privilegio. Ma è indubbio che si sono fatti passi significativi e che la direzione è quella auspicata, anche se il cammino è ancora lungo.

Anziani

Il Piano sanitario nazionale (PSN) 1998-2000 dedica alla salute dell'anziano particolare attenzione, oltre che in considerazione della composizione demografica del nostro Paese, anche perché l'anziano rappresenta potenzialmente uno dei soggetti deboli di cui all'Obiettivo IV, le cui condizioni di bisogno e di svantaggio all'interno della società lo costringono alla dipendenza assistenziale o al ruolo di paziente affetto da patologia cronica. L'anziano, inoltre, è tra coloro che sono maggiormente a rischio di ammalarsi di talune patologie importanti (cerebrovascolari, tumori, eccetera), ed è, altresì, tra i principali destinatari delle attività riabilitative, cui il Piano attribuisce importanza fondamentale.

Il PSN 1998-2000 pone i seguenti obiettivi di carattere generale:

- promuovere il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza nell'anziano;
- adottare politiche di supporto alle famiglie con anziani bisognosi di assistenza a casa;
- promuovere l'assistenza continuativa e integrata (intra- ed extraospedaliera) a favore degli anziani;
- favorire l'integrazione interna al sistema sanitario e fra questo e l'assistenza sociale.

Il Progetto obiettivo anziani (POA) ribadisce gli obiettivi del PSN per quanto riguarda la tutela dei soggetti deboli e propone "un patto di solidarietà" per la salute dell'anziano, come premessa per garantire interventi efficaci e appropriati in campo geriatrico.

In particolare, la terza sezione del POA affronta i problemi inerenti l'organizzazione dei servizi, le modalità di accesso, le tipologie di intervento, i percorsi assistenziali nel distretto e in ospedale, e l'integrazione sanitaria. In relazione alla complessità dei bisogni della persona anziana disabile o a rischio di perdita di autonomia, vi è una forte esigenza di integrazione fra le risposte di tutti i servizi, sanitari e sociali. Il luogo privilegiato in cui si realizza questa integrazione è il Distretto all'interno del quale viene attivata l'Unità multiprofessionale per la valutazione di bisogni complessi che richiedono integrazione sociosanitaria. L'Unità multiprofessionale, composta dal medico del distretto, dal medico di medicina generale, dall'assistente sociale, dall'infermiere professionale (eventualmente anche dal geriatra e altri specialisti) analizza il problema e formula piani personalizzati di assistenza; procede, quindi, all'attuazione e alla periodica verifica dei piani stessi. La scelta preferenziale è la cura dell'anziano all'interno dell'ambiente fisico, sociale ed emozionale in cui è vissuto; in tal senso, la famiglia diventa un punto di riferimento sia dal punto di vista terapeutico sia affettivo. L'assistenza dei soggetti anziani da parte delle loro famiglie contribuisce a migliorare la qualità della vita delle persone assistite e il livello terapeutico, concorrendo a un uso appropriato dei farmaci, a un minore bisogno delle strutture sanitarie, alla riduzione dei costi.

La rete dei servizi presenti sul territorio per l'assistenza alla persona anziana può essere così schematizzata:

- Assistenza domiciliare: è l'insieme delle prestazioni e degli interventi che rispondono a bisogni di tipo sanitario o a bisogni di tipo sociale sulla base di un piano di assistenza multiprofessionale. L'assistenza domiciliare, nell'ambito di un programma assistenziale può articolarsi in:
 - aiuto domestico
 - pasti a domicilio
 - assistenza infermieristica
 - accesso a domicilio del medico di medicina generale
 - assistenza riabilitativa.

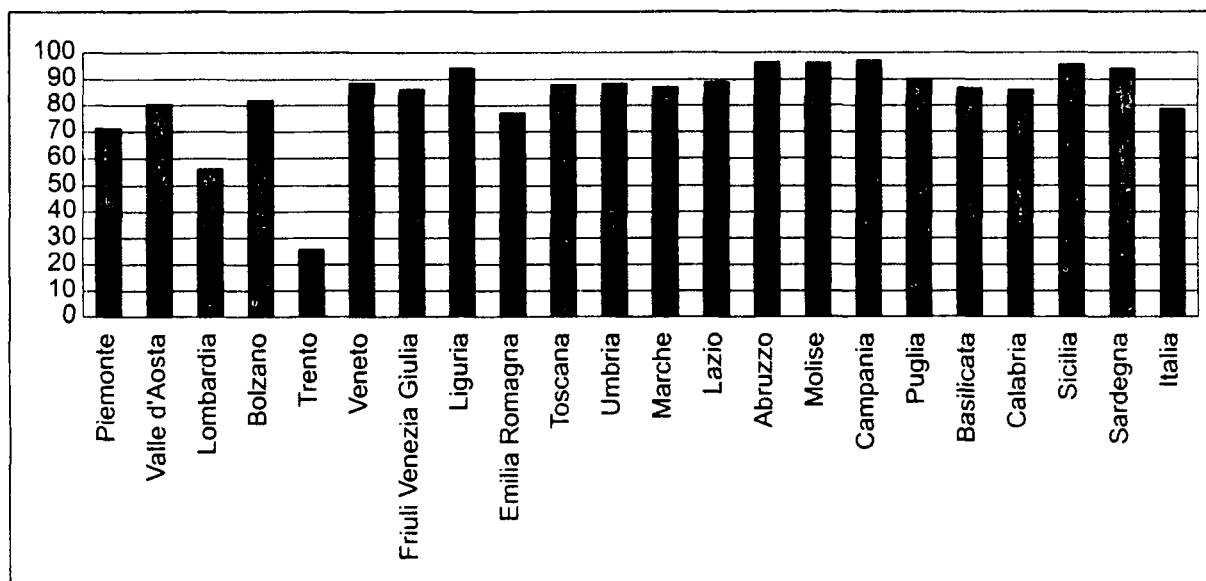


Figura 72. Assistenza domiciliare integrata: percentuale di anziani sul totale dei casi trattati.
Fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario.

- Assistenza domiciliare integrata: è l'insieme delle prestazioni che richiedono l'intervento di diverse figure professionali e che rispondono a specifici bisogni di tipo sociosanitario, sulla base di un piano unitario di assistenza. Comprende interventi complessi a elevato contenuto sociosanitario, anche con l'apporto di competenze specialistiche. 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 (figura 72).

L'anziano non autonomo, solo o senza alcun supporto sociale che gli consenta di essere assistito a domicilio, può usufruire dei servizi residenziali più o meno assistiti a seconda del suo livello di autonomia. Si distinguono:

- gli alloggi con servizi di supporto che comprendono tutte le possibili soluzioni abitative assistite per persone anziane con ridotta autonomia;
- le residenze assistenziali che sono strutture residenziali sociali con prestazioni sanitarie; accolgono, in modo permanente temporaneo o a ciclo diurno, persone anziane in condizioni di ridotta autonomia non altrimenti assistibili a domicilio;
- le residenze sanitarie assistenziali che sono strutture residenziali a elevata integrazione sanitaria; accolgono, in modo permanente temporaneo o a ciclo diurno, persone anziane non autonome e non altrimenti assistibili a domicilio.

L'assistenza intermedia si esplica con modalità semiresidenziali e diurne, e offre interventi terapeutico-riabilitativi ad anziani con ridotta autonomia senza allontanarli dall'ambiente familiare di appartenenza. Il Centro diurno è una struttura semiresidenziale allocata nel Distretto che accoglie, per periodi definiti, persone anziane disabili. Nel 1999 risultano 1.510 strutture residenziali pubbliche e private accreditate, con una dotazione di circa 92.000 posti letto; le strutture semiresidenziali rilevate sono 239 con 2.800 posti.

Mediamente, ogni anziano assistito in strutture residenziali vi permane per 235 giorni, mentre nelle strutture semiresidenziali la durata media del ciclo assistenziale è di circa 100 giorni. La disponibilità di strutture, sia residenziali sia semiresidenziali, è fortemente diversifica-

Tabella 60. Strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali suddivise per Regione.

regione	strutture sanitarie	
	residenziali	semiresidenziali
Piemonte	191	8
Valle d'Aosta	17	
Lombardia	482	48
Provincia autonoma di Bolzano	13	-
Provincia autonoma Prov. auton. di Trento	44	-
Veneto	82	5
Friuli Venezia Giulia	55	2
Liguria	43	-
Emilia Romagna	271	121
Toscana	223	51
Umbria	21	2
Marche	17	-
Lazio	34	-
Abruzzo	4	-
Molise	-	-
Campania	8	1
Puglia	2	-
Basilicata	-	-
Calabria	13	-
Sicilia	7	-
Sardegna	-	1
Italia	1.527	239
fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario		

ta a livello territoriale (tabella 60). Infine, l'anziano che necessita di interventi clinici ospedalieri deve poter contare su una attività specialistica di geriatria nel presidio, l'Unità operativa di geriatria, con degenza ordinaria e day-hospital, con competenze professionali geriatriche. Essa provvede al trattamento delle persone anziane ricoverate per evento patologico acuto garantendo l'integrazione dei percorsi assistenziali all'interno delle strutture ospedaliere. Risolta la fase di acuzie, essa provvede ad assicurare la continuità delle cure, integrandosi con l'attività del distretto per quanto riguarda le dimissioni protette.

Nel 1999 erano disponibili, presso i reparti di geriatria, circa 6.400 posti letto in degenza ordinaria e 473 in day hospital. L'indicatore posti letto totali per 10.000 anziani (con età maggiore di 65 anni) presenta una forte variabilità a livello regionale. Più di 3 milioni e mezzo di persone anziane sono state ricoverate per episodi acuti in regime ordinario e oltre 600.000 in day-hospital. La prima causa di ricovero in regime ordinario è rappresentata dall'intervento al cristallino (quasi 200.000 dimessi); in day-hospital la chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta rappresenta il primo motivo di ricovero (oltre 47.000 accessi).

Malati al termine della vita

Nonostante il processo del morire non sia una malattia, nei Paesi avanzati l'ultimo periodo di vita è fortemente medicalizzato e spesso è trascorso in ospedale. Questa tendenza è in crescita, per lo meno nei Paesi più ricchi. La malattia che probabilmente causerà la morte progredisce nella fase terminale in modo irreversibile, i trattamenti curativi sono esauriti, compaiono sintomi multipli che aumentano di numero e intensità all'avvicinarsi della morte. Questa descrizione deriva dallo studio dei tumori, ma si applica anche alla storia naturale dell'AIDS e di molte altre malattie, per esempio del sistema cardiovascolare (insufficienza ventricolare cronica, arteriopatie), dell'apparato respiratorio (insufficienza respiratoria cronica), del sistema nervoso (sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi multipla, alcuni tipi di demenza). Anche nei casi dove diventa inevitabile, necessario o opportuno interrompere i trattamenti di sostegno vitale (per es., alimentazione, dialisi, ventilazione meccanica, eccetera) possono comparire gravi sintomi.

La risposta appropriata ai problemi che emergono durante la fase terminale è costituita dalle cure palliative, che sono identificate dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) fra le sei grandi priorità in campo sanitario: "... il controllo del dolore, la riduzione della sofferenza e la disponibilità delle cure palliative per chi non può essere curato" (1).

In Italia l'Obiettivo IV del Piano sanitario nazionale 1998-2000 affronta il problema dell'assistenza alle persone nella fase terminale della vita. Fra le azioni indicate vi sono il potenziamento degli interventi di terapia palliativa e la realizzazione di strutture residenziali (hospice). Queste azioni sono compiute con la legge 39 del 26/2/1999 "Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attivazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000", e con i decreti collegati: il decreto ministeriale 28/9/1999 "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative", che definisce le norme di integrazione fra la rete di assistenza ai malati terminali e la struttura di ricovero (hospice); e il decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri 20/1/2000 "Atto di indirizzo e coordinamento recante i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative".

Incidenza e prevalenza. Stime precise sono oggi possibili solo per i pazienti neoplastici, dei quali circa il 90 per cento muore dopo aver attraversato una fase terminale di malattia della durata media di 90 giorni (2). Nel 1997 i morti per cancro in Italia sono stati 157.000: si può quindi stimare che ogni anno ci siano in Italia circa 144.000 nuovi pazienti terminali di cancro, con una prevalenza di circa 35.000. Le modificazioni della mortalità conseguenti all'introduzione delle nuove terapie rendono arduo stimare il bisogno di cure palliative nei pazienti deceduti per AIDS, mentre mancano criteri precisi per l'incidenza e la prevalenza della fase terminale nelle altre patologie. Si può però ipotizzare, sulla base dei dati di mortalità per patologie non oncologiche che conducono a una fase terminale, che siano quasi altrettanti i pazienti non oncologici che necessitano di cure palliative (fonte: CIRSS).

I punti nodali. Stime inglesi recenti, basate sulla prevalenza dei problemi nell'ultimo anno di vita e sull'utilizzo dei servizi di cure palliative, riportano che fino al 65 per cento dei deceduti per tumore abbia bisogno d'interventi di cure palliative più o meno complessi, e fino al 25 per cento abbia bisogno del ricovero in una struttura tipo hospice (3). I problemi sono di due tipi: da una parte quelli legati al peggioramento delle componenti principali della qualità di vita controllo del dolore e dei sintomi, benessere psicologico, benessere relazionale, stato funzionale, 4), dall'altra, quelli causati da condizioni specifiche che emergono negli ultimi giorni di vita e condizionano la "qualità del morire".

Sintomi fisici. Gli studi inglesi hanno rilevato che, nell'ultimo anno di vita, l'87 per cento dei pazienti oncologici ha sofferto per dolore (due terzi in forma molto grave), dispnea, nausea o vomito (la metà in forma molto grave). Dal 25 al 78 per cento dei pazienti ha sofferto per altri sintomi: astenia, anoressia, stipsi, insonnia, tosse, xerostomia (la metà in forma molto grave). Il 40 per cento ha sofferto d'incontinenza urinaria e il 32 per cento d'incontinenza fecale (5). Uno studio rappresentativo della realtà italiana ha rivelato che al momento della prima visita presso una unità di cure palliative, il 100 per cento dei malati aveva dolore (nell'80 per cento in forma grave), il 90 per cento astenia, il 48 per cento dispnea (nel 4 per cento in forma molto grave), il 35 per cento nausea, e il 23 per cento vomito. I pazienti presentavano seri problemi gestionali: il 38 per cento aveva insufficienza respiratoria, il 35 per cento cachessia, il 28 per cento non riusciva ad assumere cibi solidi (il 14 per cento era occluso o suboccluso). I pazienti trascorrevano a letto 18 ore al giorno in media, il 15 per cento aveva ulcere da decubito (6).

Disturbi psichici. Nell'ultimo anno di vita, il 70 per cento dei pazienti ha sofferto di sintomi depressivi e il 30 per cento di sintomi ansiosi (7). Studi italiani segnalano una generale inadeguatezza della comunicazione da parte dei professionisti durante la fase terminale (8).

Qualità del morire. Nella fase terminale la qualità del morire è di cruciale importanza sia come indicatore della qualità dell'assistenza, sia per quanto riguarda i costi sanitari complessivi. A parità di qualità di cure erogate, la maggior parte dei pazienti terminali preferisce essere curata e morire nella propria casa (9). I soli dati italiani pubblicati mostrano una percentuale di deceduti per tumore a domicilio nelle 13 province della Liguria e della Toscana variabile tra il 31 per cento e il 73 per cento, con una tendenza all'aumento delle morti in ospedale dal 1987 al 1995. Uno studio eseguito in un ospedale italiano ha rivelato come inadeguate terapie sintomatiche, ritardi e sottovalutazione dei disturbi di malati terminali fossero cinque volte più frequenti nella assistenza ospedaliera rispetto a quella domiciliare (10). Negli Stati Uniti il 20 per cento delle spese sanitarie totali riguarda i malati terminali, e il 29 per cento viene effettuato durante l'ultimo mese di vita. Il 90 per cento di queste spese è dovuto ai ricoveri ospedalieri (11). Mancano dati italiani in proposito.

Interventi efficaci. Recenti revisioni sistematiche evidenziano che, indipendentemente dal luogo dove sono praticate, le cure convenzionali sono meno efficaci nel raggiungere gli obiettivi terapeutici appropriati per i pazienti terminali rispetto all'intervento specialistico di équipe. In particolare, è stato rilevato che il dolore e gli altri sintomi non sono controllati adeguatamente in un'alta percentuale di pazienti e che poca attenzione è riservata ai problemi relativi alla sfera dei bisogni psicologici, spirituali e relazionali. In ambito ospedaliero, i pazienti e le loro famiglie non ricevono un'adeguata comunicazione da parte delle varie figure professionali. Le stesse revisioni confermano che è possibile controllare il dolore in oltre il 90 per cento dei pazienti utilizzando un approccio farmacologico secondo le raccomandazioni dell'OMS, e gli altri sintomi utilizzando procedure palliative non invasive e ridurre il distress psicologico del malato, e, in seguito, quello della famiglia nella fase di elaborazione del lutto (12, 13).

Bisogno di formazione. Si stima che entro il 2003 saranno attivi in Italia circa 120 hospice: oltre 60 finanziati con la legge 39 del 26/2/1999, e almeno altrettanti attivati con altri finanziamenti. Per dirigerli saranno necessari almeno 120 dirigenti medici e 120 dirigenti infermieri con il massimo livello di competenza nelle cure palliative e con le capacità manageriali indispensabili per coordinare un'équipe interdisciplinare, organizzare corsi di for-

mazione, gestire programmi di ricerca clinica e psicosociale. Gli operatori che lavoreranno in queste strutture ad altissima qualità di assistenza dovranno avere non solo le conoscenze teoriche, ma anche le abilità gestuali e quelle relazionali essenziali per curare la persona alla fine della vita. La formazione specialistica riguarda almeno 500 medici, 2.500 infermieri, 120 psicologi, 120 assistenti sociali.

Analisi dell'offerta. Al 1999, sono stati stimati in circa 6.500 i servizi specialistici di cure palliative presenti in 84 Paesi del mondo. Un terzo circa sono situati in Europa. Il numero dei posti letto hospice per abitante presenta un'ampia variabilità fra Paesi. Nel 1999, in sette Paesi europei questo numero variava da 5,5 x 100.000 (Gran Bretagna) a 0,05 (Italia). Nel 2000 il dato italiano è passato a 0,8 x 100.000, e crescerà via via che saranno aperti nuovi hospice. In Canada, nell'area di Edmonton, con una popolazione di 840.000 abitanti, sono operativi 71 posti letto hospice, con un'occupazione media del 95 per cento della loro capacità. Dati inglesi riportano una variabilità da 15,3 a 29,9 infermieri per milione di abitanti dedicati esclusivamente alle cure palliative sul territorio, con una media di 20,5. La media di infermieri esclusivamente dedicati alle cure palliative che, in Gran Bretagna, opera all'interno dell'ospedale è di 7,9 per milione di abitanti, mentre per i medici palliativisti questo dato varia fra 7,9 e 21,1. L'offerta di servizi di cure palliative è in crescita in tutti i Paesi del mondo. In Gran Bretagna, la grande maggioranza delle aziende sanitarie ha prodotto piani strategici di sviluppo delle cure palliative nel proprio territorio. Nessun amministratore europeo prevede di disinvestire risorse in questo settore, mentre il 50 per cento prevede di aumentare gli investimenti nelle cure palliative nei prossimi 2-3 anni (14).

Situazione italiana. La normativa nazionale e alcune deliberazioni regionali (per esempio la delibera 1884 del 31/10/2000 della Regione Lombardia) individuano un primo livello di assistenza erogato dai distretti con il coinvolgimento prioritario dei medici di medicina generale, in grado di assistere almeno il 50 per cento dei pazienti terminali, e un secondo livello costituito da servizi specialistici (Unità operative di cure palliative: UOCP) e da strutture di degenza (hospice).

Secondo dati della Società italiana di cure palliative (15), al 31 dicembre 2000 esistono in Italia 137 UOCP, 43 hospice e 131 organizzazioni non profit per le cure palliative (tabella 61). Le UOCP sono ripartite fra Servizio sanitario nazionale (SSN) pubblico (129) e privato (8). I servizi che offrono sono: ambulatorio (91 per cento), assistenza domiciliare (65 per cento), day-hospital (48 per cento), letti di degenza ordinaria (12 per cento). Gli hospice sono 43, dei quali 33 nel SSN con 329 letti e 10 in organizzazioni private con 128 letti.

Offerta formazione. I corsi di base che prevedano un minimo di 40 ore d'aula sono ampiamente insufficienti. Sono stati offerti nell'ultimo decennio da scuole private operanti a livello nazionale, come la Scuola italiana di medicina e cure palliative e, a livello regionale, da scuole esistenti in Piemonte, Umbria, Lazio e Sicilia. Dal 1999, in seguito all'aumento di domanda legato agli hospice, anche alcune università offrono corsi di perfezionamento e master di cure palliative.

Analisi della domanda. L'analisi della domanda di cure palliative è fondata sulla quantità e sull'appropriatezza delle richieste e le indicazioni di cure palliative da parte dei vari soggetti professionali e non professionali che vengono a contatto con il paziente terminale. In Italia mancano studi specifici, anche se si possono fare due osservazioni. Il numero di pazienti seguiti dai servizi esistenti di cure palliative è basso anche nelle zone dove l'offerta sarebbe in grado di soddisfare in pieno il bisogno di assistenza. Uno studio condotto nel

Tabella 61. Distribuzione delle Unità di cure palliative (UOCP), degli hospice, delle organizzazioni non profit.

	UOCP	%	hospice	letti	% organizzazioni non profit	%
Nord	79	57	30	331	72	84
Centro	40	30	5	33	8	24
Sud	11	8	5	51	11	16
Isole	7	5	3	42	9	7
totale	137		43	457		131

1995 su un campione rappresentativo dei pazienti oncologici terminali seguiti dai servizi di cure palliative italiani (16) evidenzia un'inappropriatezza della domanda: il paziente arriva al servizio inviato da un amico o un parente nel 14 per cento dei casi, o da figure non mediche nel 12 per cento dei casi.

Il paziente arriva al servizio nelle fasi ultime di malattia, il tempo mediano dalla presa in carico al decesso è di 38 giorni e nel 14 per cento dei casi muore nella prima settimana di assistenza. Quest'insieme di dati, pur parziali, suggerisce che esistano problemi anche sul versante della domanda di cure palliative, sia per quanto riguarda i percorsi che le modalità e la tempestività di invio.

Possibilità di intervento (obiettivi e azioni). La situazione descritta, insieme alle indicazioni della letteratura e all'esperienza di altri Paesi più avanzati nell'ambito delle cure palliative, indicano come prioritarie le seguenti possibilità di intervento.

Rete assistenziale. L'elevata incidenza e prevalenza di malati terminali e il loro progressivo prevedibile aumento, legato alla maggior durata della vita media, alla crescita delle patologie croniche anche in relazione alla maggior efficacia dei trattamenti, impongono un rapido e coordinato sviluppo della rete assistenziale.

D'altra parte, come già indicato nel paragrafo sulla "Analisi dell'offerta di servizi", la risposta più appropriata al malato al termine della vita che si sta diffondendo sul territorio nazionale è una rete domiciliare e residenziale ad hoc (UOCP); un comitato, istituito appositamente dal Ministro della sanità, sta elaborando un progetto obiettivo. Tale rete, gestita da personale idoneamente qualificato, dovrebbe - secondo le indicazioni emerse - essere allocata in ogni azienda sanitaria; ogni componente della rete deve, inoltre, essere accessibile e raggiungibile da parte dei cittadini. Deve, infine, essere prevista e favorita ogni possibile forma di collaborazione tra strutture pubbliche e private autorizzate ed enti o organizzazioni del terzo settore operanti sul territorio, in particolar modo tra i servizi di medicina primaria e le strutture ospedaliere per garantire una reale continuità assistenziale e terapeutica.

Formazione. Le elevate richieste assistenziali e la necessità di sviluppare la rete assistenziale rendono urgente il bisogno di formazione degli operatori, sia a livello di base sia a livello specialistico. Gli strumenti rapidamente efficaci possono essere la formazione continua e corsi di aggiornamento, realizzati da enti pubblici e privati accreditati. Sarà inoltre necessario stabilire, d'intesa con il Ministero dell'università e della ricerca scientifica, i percorsi formativi istituzionali di laurea, di laurea specialistica, di scuola di specializzazione e di master universitari per la formazione e la definizione delle figure professionali necessarie nei diversi livelli della rete assistenziale.

Sorveglianza. L'assenza di dati sufficientemente attendibili sull'incidenza e prevalenza di malati terminali, in particolare nelle patologie non oncologiche, e sulla appropriatezza dell'assistenza comunque erogata e, d'altra parte, la necessità di programmare interventi efficaci per lo sviluppo della rete assistenziale e per la qualità dei servizi, indicano la necessità di attivare e di incentivare opportuni strumenti (un osservatorio nazionale per esempio) per rilevare i bisogni su tutto il territorio nazionale, per definire gli standard delle cure di fine vita e per sviluppare un sistema di indicatori di valutazione delle attività della rete assistenziale in cure palliative.

Diritti dei malati terminali. I dati disponibili indicano uno scarso livello informativo e comunicativo con i pazienti e con i loro familiari relativamente sia alle possibilità assistenziali sia alle opzioni terapeutiche. Sarà necessario, dunque, promuovere campagne di comunicazione che mettano in condizione i cittadini di attuare una scelta assistenziale in funzione delle necessità e preferenze del paziente.

Dovranno essere comunque riaffermati i diritti alla continuità delle cure, alla disponibilità di informazioni, alla qualità di vita, alla scelta assistenziale e terapeutica: dovrà essere quindi sancito il diritto fondamentale di ogni paziente di avere una qualificata offerta di cure del termine della vita (palliative), una volta esaurite le possibilità curative per la patologia da cui è affetto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) World Health Organization. The World Health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Geneva, 1997.
- 2) McCusker J. The terminal period of cancer: definition and descriptive epidemiology. *J Chron Dis* 1984; 37: 377.
- 3) Higginson I. Palliative and terminal care. In: Stevens A, Raftery J. Health Care Needs Assessment. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1997, vol. 2, pag. 183.
- 4) Measuring quality of care at the end of life: a statement of principles. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 526.
- 5) Addington-Hall J, et al. Dying from cancer: results of a national population-based investigation. *Palliative Medicine* 1991; 5: 207.
- 6) Costantini M, et al. Terminal cancer patients and timing of referral to palliative care: a multicenter prospective cohort study. *Journal of Pain and Symptom Management* 1999; 18: 243.
- 7) Addington-Hall J, et al. Dying from cancer: the views of bereaved family and friends about the experience of terminally ill patients. *Palliat Med* 1991; 5: 207.
- 8) Morasso G, et al. Psychological and symptom distress in terminal cancer patients with met and unmet needs. *J Pain Symptom Management* 1999; 17: 402.
- 9) Higginson I. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patients preferences. *J Pall Care* 2000 (in press).
- 10) Toscani F, Mancini C. Inadequacies of care in far advanced cancer patients: a comparison between home and hospital in Italy. *Palliative Med* 1989; 4: 31.
- 11) Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. *Lancet* 1998; 351: 21.
- 12) Cancer guidance sub-group of the Clinical Outcomes Group. Improving outcomes in breast cancer. The research evidence. NHC executive 1996.
- 13) Finlay IG, Jones RVH. Definitions in palliative care. *Br Med J* 1995; 311: 754.
- 14) Clark D. Common threads? Palliative care service developments in seven European countries. *Palliative Med* 2000; 14: 479.
- 15) Corli O (in collaborazione con Società italiana di cure palliative e Fondazione cure palliative ONLUS). Le unità di cure palliative e le organizzazioni non profit nell'Italia del 2000. Milano: GPA ed, 2000.
- 16) Costantini M, et al. Terminal cancer patients and timing of referral to palliative care: a multicenter prospective cohort study. *Journal of Pain and Symptom Management* 1999; 18: 243.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Classificazione dei farmaci

L'erogazione dei farmaci costituisce una delle attività assistenziali essenziali del Servizio sanitario nazionale (SSN) in quanto necessaria per rispondere a quelle esigenze fondamentali di tutela delle condizioni di salute della popolazione che è possibile conseguire mediante la somministrazione dei farmaci. Il SSN, con i fondi a propria disposizione, assicura a tutti i cittadini i farmaci per i quali siano disponibili dati certi di efficacia terapeutica e di sicurezza nella prevenzione e la cura delle malattie. Per efficacia di un farmaco si intende la capacità di migliorare il decorso o la prognosi di una malattia, di attenuare uno o più sintomi, senza causare danni maggiori dei benefici prodotti; un farmaco è quindi veramente efficace se è in grado di modificare in senso positivo lo stato di salute del malato. L'attuale legislazione fissa i criteri secondo i quali l'organismo competente, la Commissione unica del farmaco (CUF), classifica i farmaci che entrano in commercio. Tre sono le classi previste:

- classe A: farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche, il cui costo è a totale carico del SSN. La classe A prevede anche un sottogruppo di farmaci, classe H, che comprende farmaci rimborsati esclusivamente se utilizzati in ambiente ospedaliero o in day hospital. Alcuni farmaci sono erogati gratuitamente dal SSN solo per specifiche patologie, secondo indicazioni di impiego (dette "note CUF").
- classe B: farmaci, diversi dai precedenti, ma di rilevante interesse terapeutico, il cui costo è per metà a carico del cittadino e per metà a carico del SSN.
- classe C: altri farmaci privi delle caratteristiche dei farmaci di classe A e B, il cui costo è a totale carico dei cittadini.

In classe A sono inclusi i farmaci per i quali il SSN rimborsa totalmente i prodotti che garantiscono l'assistenza farmaceutica per le patologie gravi e croniche, con una percentuale di copertura pubblica superiore a quella degli altri Paesi europei (circa il 75 per cento dei farmaci etici con obbligo di ricetta medica). Sono disponibili sul mercato oltre 3.000 confezioni per un totale di circa 750 principi attivi. La classe B comprende solamente 340 prodotti, di comprovata efficacia, ma sicuramente meno importanti rispetto ai prodotti di classe A. I cortisonici topici e gli antistaminici sono i principali gruppi di specialità di tale classe. La classe C, per la quale il cittadino è chiamato a pagare integralmente il costo, riguarda tutti i restanti farmaci.

Ticket ed esenzioni

I farmaci classificati nella classe A sono a totale carico del SSN. (per l'anno 2000 l'assistito è stato tenuto al pagamento del ticket di lire 3.000 per una sola confezione e lire 6.000 per due o più confezioni per ricetta). Nel caso in cui il cittadino è affetto da patologie croniche è prevista una prescrizione multipla (fino a un massimo di 6 confezioni per ricetta con una quota fissa di 1000 lire per confezione) per evitare al paziente cronico di doversi recare troppo spesso dal medico e dal farmacista per ottenere i farmaci necessari.

Esenzioni per età e reddito. Il costo dei farmaci classificati in classe B è per metà a carico del SSN e per metà a carico del cittadino. Sono esenti dal ticket del 50 per cento sui farmaci della classe B tutti i cittadini di età inferiore a 6 anni e di età superiore a 65 anni,

appartenenti a un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a 70 milioni di lire. Gli esenti sono tenuti, comunque, al pagamento della quota ricetta.

Esenzioni per patologia. Il Ministero della sanità ha recentemente pubblicato un nuovo elenco delle condizioni e malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni sanitarie.

I pazienti riconosciuti affetti da una delle patologie indicate nell'elenco hanno diritto all'esenzione dal ticket per le più frequenti prestazioni specialistiche e diagnostiche strumentali e di laboratorio (per es., analisi cliniche, radiografie, eccetera) e hanno diritto alla pluri-prescrizione (fino a un massimo di 6 confezioni per ricetta con una quota fissa di 1000 lire per confezione) per i farmaci di classe A necessari al trattamento della patologie da cui sono affetti. Sono altresì esenti altre categorie specifiche, di cui quella più rilevante è la categorie delle donne in stato di gravidanza.

Le prestazioni a favore delle donne in gravidanza (solo quelle indicate nel decreto ministeriale del 10 settembre 1998) e dei donatori (solo quelle correlate all'attività di donazione) sono escluse da partecipazione, così come altre prestazioni nei seguenti ambiti: campagne di diagnosi precoce e prevenzione collettiva, avviamento al lavoro, accertamenti diagnostici per il virus dell'immunodeficienza umana (HIV), danneggiati da vaccinazioni obbligatorie e trasfusioni, vaccini per vaccinazioni non obbligatorie.

Esenzioni per invalidità. Sono esentati dal pagamento della quota fissa, tanto per i farmaci della classe A che della classe B, gli invalidi di guerra titolari di pensione diretta vitalizia, i grandi invalidi per servizio, gli invalidi civili al 100 per cento compresi gli affetti da cecità assoluta, e i grandi invalidi del lavoro.

Sono esentati dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa farmaceutica per tutti i farmaci della classe B gli appartenenti alle seguenti categorie:

- invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla I alla V;
- invalidi per lavoro con riduzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi;
- invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla I alla V;
- invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi;
- invalidi civili con assegno di accompagnamento;
- minori con indennità di frequenza;
- vittime del terrorismo e della criminalità organizzata;
- ciechi e sordomuti.

Sono esentati dal pagamento della quota di partecipazione limitatamente ai farmaci di classe B correlati alle patologie invalidanti:

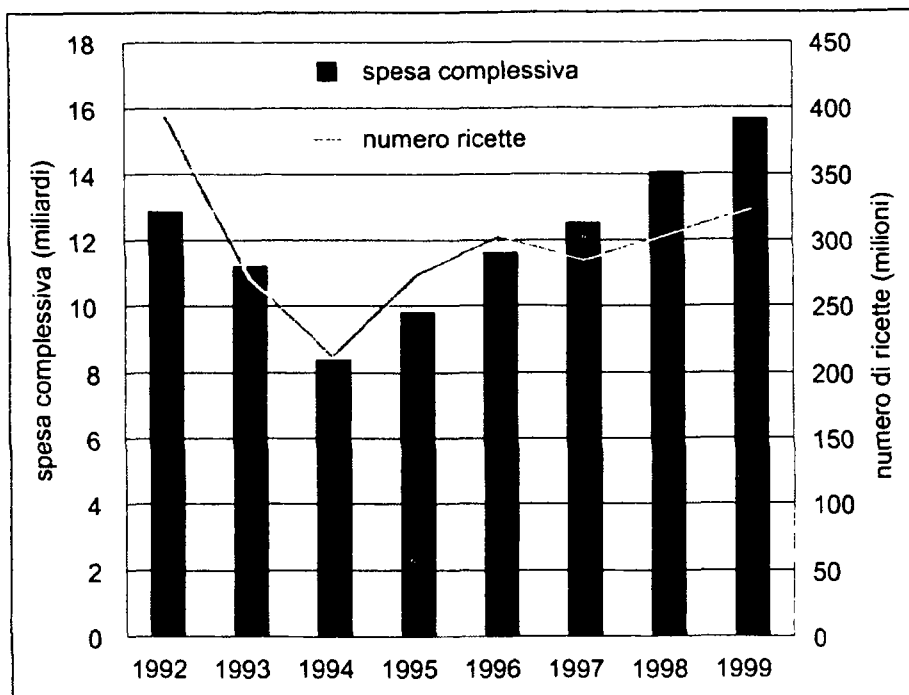
- invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla VI alla VIII;
- invalidi per lavoro con riduzione della capacità lavorativa inferiore ai due terzi;
- infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali;
- invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla VI alla VIII.

I soggetti in questione sono tenuti al pagamento della quota fissa per ciascuna ricetta.

Gli invalidi di guerra hanno diritto a ricevere gratuitamente dal SSN anche i farmaci di classe C (legge del 19 luglio 2000, n. 203).

Esenzioni per condizione sociale e reddito. Sono esenti i titolari di pensione sociale e i familiari a carico e i disoccupati e i loro familiari a carico nonché i titolari di pensione al minimo, di età superiore a 60 anni e i loro familiari a carico, purché appartenenti a un

Figura 73.
Assistenza
farmaceutica
convenzionata:
spesa complessiva
e numero di ricette.
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario



nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a 16 milioni di lire, incrementato fino a 22 milioni di lire in presenza del coniuge e di un ulteriore milione per ogni figlio a carico.

La spesa farmaceutica convenzionata

L'onere finanziario necessario per erogare l'assistenza farmaceutica rappresenta una voce significativa di tutta la spesa pubblica sanitaria e si caratterizza per un costante aumento nel tempo. Nel solo 1999 gli italiani hanno spedito presso le farmacie convenzionate circa 323 milioni di ricette compilate dai medici di famiglia (nel primo semestre 2000 le ricette assommano a 181.451), con una spesa media nazionale annua per residente per l'anno 2000 di circa 342.000 lire. In Italia, mediamente, per ogni cittadino vengono prescritte 5,6 ricette l'anno; tale valore passa da un minimo di 3,9 ricette nella Provincia autonoma di Bolzano a un massimo di 6,6 ricette in Umbria.

Il costo medio per ricetta, che è di circa 48.400 lire, è fortemente variabile all'interno del territorio nazionale, lo scarto massimo ammonta pressappoco a 7.000 lire; in Lombardia, per ricetta, si spendono mediamente 54.000 lire, mentre in Emilia Romagna circa 41.000 lire. Il 2000 ha fatto registrare, rispetto agli anni precedenti, un aumento sia del numero di ricette sia della spesa complessiva con conseguente aumento del costo medio per ricetta. Tale fenomeno sembra indicare sia un ridotto effetto delle politiche volte a sensibilizzare gli operatori sanitari e i cittadini a un uso più razionale dei farmaci, sia la prescrizione di farmaci dal costo più elevato (figura 73).

I farmaci per il trattamento delle malattie dell'apparato cardiovascolare e gli antinfettivi rappresentano da soli circa il 50 per cento della spesa totale. Seguono i farmaci per il trattamento delle malattie dell'apparato gastrointestinale e dei disturbi legati al metabolismo che rappresentano circa il 13 per cento della spesa, i farmaci attivi sull'apparato respiratorio (~ 7 per cento), gli antineoplastici (~ 6,5 per cento), e quelli attivi sul sistema nervoso centra-

Tabella 62. Composizione percentuale della spesa farmaceutica convenzionata per gruppo anatomico principale - anno 1999

gruppo anatomico principale	valore %	variazione % spesa 1998-1999
apparato cardiovascolare	29,35	12,88
antimicrobici generali per uso sistemico	21,83	8,69
apparato gastrointestinale e malattie del metabolismo	12,45	4,46
farmaci antineoplastici e immunomodulatori	7,02	1,92
apparato respiratorio	6,82	17,29
apparato genitourinario e ormoni sessuali	5,38	10,97
apparato muscoloscheletrico	5,09	1,12
sangue e organi emopoietici	3,70	11,88
sistema nervoso	3,67	22,02
preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	2,22	-23,27
organi di senso	1,17	43,99
dermatologici	0,90	10,53
vari	0,27	-1,35
farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	0,13	-8,90
totale	100,00	8,89
fonte: Ministero della sanità		

le (~ 5 per cento). Tale andamento non varia sostanzialmente negli ultimi anni ed è caratterizzato da una rilevante presenza di farmaci utilizzati prevalentemente per trattamenti preventivi, in particolare per la prevenzione delle patologie dell'apparato cardiovascolare (farmaci ipotensivi e ipolipemizzanti) (tabella 62).

RISORSE FINANZIARIE

GESTIONE FINANZIARIA IN CONTO CAPITALE E PER PROGRAMMI SPECIALI

Finanziamenti per la riqualificazione dell'offerta sanitaria. Le politiche pubbliche di investimento strutturale nel Servizio sanitario nazionale sono iniziate con il programma poliennale straordinario di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie autorizzato dall'articolo 20 della legge 67/1988. Il fabbisogno finanziario all'epoca stimato era di 30.000 miliardi, finalizzati al superamento del divario strutturale esistente tra Nord e Sud, alla riqualificazione del patrimonio esistente, alla riduzione dell'obsolescenza tecnologica, al potenziamento della rete territoriale con la creazione di un nuovo livello di servizi rappresentato dalle Residenze sanitarie assistenziali (RSA).

La prima fase del programma, conclusa nel 1996, ha evidenziato situazioni critiche dovute, in particolare, ai sensibili ritardi di quasi tutte le Regioni del Mezzogiorno, non dotate di forti strumenti di programmazione, di capacità progettuali e di governo della spesa. Di conse-

guenza, in questa prima fase, è stato rilevato un accentuato divario tra Nord e Sud. La seconda fase ha segnato significative inversioni di tendenza, in relazione alla situazione generalmente insoddisfacente, riassumibili nella semplificazione dei procedimenti per l'accesso ai finanziamenti, resi disponibili nell'ambito delle leggi finanziarie, e nell'adozione degli strumenti della programmazione negoziata che, avvalendosi anche delle innovazioni introdotte dalla legge sui lavori pubblici, individua soggetti tecnici responsabili della corretta attuazione degli accordi di programma e dei progetti.

A fronte dei buoni risultati ottenuti dal Servizio sanitario nazionale rispetto alla salute dei cittadini, pertanto, il permanere di una rete strutturale e tecnologica obsoleta e di un'organizzazione complessiva che ancora non ha saputo mettere il paziente a centro del sistema, ha richiesto, da parte dello Stato e delle Regioni, maggiori attenzioni e nuovi strumenti nella gestione delle ingenti risorse messe a disposizione per le politiche di investimento in sanità. Il Ministero della sanità, nel dare gli indirizzi di propria competenza, ha sottolineato la necessità di operare interventi strutturali globali e di coniugare lo sviluppo della cultura della salute con le regole dell'economia sanitaria, superando il concetto che la sanità produce solo effetti sulla spesa corrente, per affermarne le potenzialità nel campo della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo del Paese.

Nel nuovo quadro del federalismo fiscale, l'assetto normativo ha attribuito a ciascun livello istituzionale specifiche responsabilità.

A livello regionale è sottolineata la fase della programmazione e di concertazione sul territorio delle politiche locali, e a livello centrale, nel rispetto del principio della sussidiarietà, è affidato un ruolo di indirizzo, sostegno e monitoraggio dei risultati. Nuove regole, pertanto, hanno disciplinato i principali canali di finanziamento delle spese di investimento del Servizio sanitario nazionale, rappresentati da programmi speciali e straordinari, autorizzati da leggi finanziarie o da leggi specifiche di finanziamento dei programmi previsti dal Piano sanitario nazionale.

Il Fondo sanitario nazionale in conto capitale, fissato dalla legge finanziaria per l'anno 2000 in 250 miliardi, ha rappresentato negli ultimi anni una voce di finanziamento non particolarmente significativa, in quanto influenzata dalle ingenti misure in atto, relative al programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, avviato con l'articolo 20 della legge finanziaria 67/1988 e integrato con le misure della legge finanziaria 2001. Anche il finanziamento in conto capitale subirà l'impatto dell'applicazione del federalismo fiscale, che produrrà sostanziali modifiche in relazione all'abolizione di tutti i trasferimenti erariali in favore delle Regioni a statuto ordinario, incluso il Fondo sanitario di parte corrente e in conto capitale.

Programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie (articolo 20 della legge 67 del 1988 e successive modifiche e integrazioni). Il programma di investimenti in sanità ha ricevuto, nell'anno 2000, nuovi impulsi. La legge finanziaria 2000 ha stanziato 8.127 miliardi che, aggiunti ai 4.000 stanziati dall'articolo 50 della legge finanziaria 1999, hanno consentito di assicurare alle Regioni la copertura necessaria per lo sviluppo di un considerevole numero di progetti. Le novità che hanno maggiormente influenzato positivamente l'andamento del programma riguardano aspetti istituzionali e normativi: la devoluzione delle competenze gestionali del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) ai Ministeri competenti per materia, l'applicazione delle regole della programmazione negoziata, l'abolizione del sistema di finanziamento per mutui con la messa a dispo-

sizione di denaro contante, la costituzione dei nuclei di valutazione e di verifica degli investimenti pubblici.

In attuazione dell'articolo 3 della legge 144/1999, la delibera CIPE 141 del 6 agosto 1999 trasferisce, tra l'altro, al Ministero della sanità le competenze in materia di ammissione a finanziamento degli interventi previsti dai programmi regionali e forniti di progettazione esecutiva, favorendo una significativa semplificazione dei procedimenti in atto. Per il settore degli investimenti sanitari l'articolo 5 bis del decreto legislativo 502/1992, introdotto dal decreto legislativo 229/1999, prevede che il Ministro della sanità, nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'articolo 20 della legge 67/1988, possa stipulare accordi di programma con le Regioni e con altri soggetti pubblici interessati, acquisito il concerto con il Ministro del tesoro e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

Le Regioni che hanno incluso la materia sanità tra quelle oggetto delle intese istituzionali di programma, in base all'articolo 2 della legge 662/1996, hanno avuto la possibilità di stipulare accordi di programma quadro in base a detta normativa, tenuto conto che i due sistemi di programmazione concertata hanno finalità in larga parte comuni.

Gli accordi di programma ex articolo 5 bis e gli accordi quadro nell'ambito delle intese disciplinano le funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al Ministero della sanità, i rapporti finanziari fra i soggetti partecipanti all'accordo, le modalità di erogazione dei finanziamenti statali, le modalità di partecipazione finanziaria delle Regioni e degli altri soggetti pubblici interessati, nonché gli eventuali apporti degli enti pubblici preposti all'attuazione.

Gli accordi costituiscono il documento che consente alle Regioni di disporre programmaticamente della quota loro assegnata con la delibera CIPE 53 del 6 maggio 1998 (20.600 miliardi) e di stabilire un nesso dinamico tra l'intera quota e le disponibilità annuali previste nelle leggi finanziarie in relazione alla effettiva capacità di spesa.

Anche al fine di velocizzare l'attuazione del programma di investimenti e per avviare la stipula degli specifici accordi di programma, sono stati promossi tavoli tecnici con tutte le Regioni, nell'ambito dei quali sono stati acquisiti ampi contributi utili alla predisposizione di uno schema tipo di accordo condiviso.

I tavoli tecnici hanno, inoltre, offerto lo spunto per selezionarne gli obiettivi e ottimizzarne gli effetti, con il risultato generale di riqualificare l'intero patrimonio strutturale e tecnologico in funzione di servizi organizzati sulla base dell'analisi della domanda, capaci di produrre effetti positivi anche sul versante della spesa.

Nella tabella 1 sono rappresentati gli aspetti finanziari relativi agli accordi. Al 31 dicembre dell'anno 2000 sono stati stipulati 12 accordi, di cui tre (Lombardia, Toscana, Basilicata) nell'ambito delle intese istituzionali di programma.

Per quanto riguarda gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), i Policlinici a gestione diretta, gli Istituti zooprofilattici sperimentali (IZS) e l'Istituto superiore di sanità, nella seconda fase sono stati finanziati interventi specifici per complessivi 1.000 miliardi circa. Con dette risorse, d'intesa con le Regioni interessate è stata resa possibile la riqualificazione dell'offerta sensibile rappresentata dai centri di ricerca e di formazione, che insistono prevalentemente nelle grandi città, spesso acuendone la complessità e la criticità.

In tale contesto si inserisce l'iniziativa del Ministero volta a stimolare le capacità progettua-

li della committenza pubblica attraverso modelli di qualità che rappresentino le più evolute tendenze di una moderna e tecnologicamente avanzata progettualità in edilizia sanitaria. Ciò è rappresentato concretamente dal modello di ospedale ideale e dal decalogo, che deve essere osservato da chi commissiona e progetta un ospedale, definiti nell'ambito della Commissione che ha operato avvalendosi del contributo, tra gli altri, dell'architetto Renzo Piano, ambasciatore UNESCO per la cultura.

Tra gli strumenti innovativi volti al rilancio della funzione programmatoria, centrale e regionale, è da ascrivere la costituzione del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della sanità, in attuazione dell'articolo 1 della legge 144/1999, che prevede, presso le amministrazioni centrali e regionali, la costituzione di Nuclei, coordinati e correlati per il supporto tecnico nelle fasi di programmazione, valutazione, attuazione e verifica di piani e programmi di particolare impatto sullo sviluppo del Paese.

Piano straordinario per le grandi città (articolo 71 della legge 448 del 23 dicembre 1998). Il programma è finalizzato alla riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani, con particolare attenzione al Mezzogiorno, per superare gli elementi di criticità del sistema sanitario nelle grandi città rappresentati dai fenomeni di congestionamento delle strutture, da insopportabili liste di attesa, da inutilizzo di sale operatorie e a volte di interi reparti per carenza di requisiti di sicurezza.

Gli elementi di debolezza nel sistema sanitario delle grandi aree urbane sono stati rappresentati nella frammentazione dell'offerta dei servizi, nella variabilità delle risposte assistenziali, nella presenza di strutture ospedaliere di dimensioni tali da favorire il congestionamento e la spersonalizzazione dei percorsi assistenziali, e nella mancanza di una rete integrata volta a semplificare l'accesso dei cittadini ai diversi punti di offerta.

Inoltre, la vetustà del patrimonio edilizio e tecnologico, frutto più della mancanza della capacità progettuale che di finanziamenti, e la crescente presenza sul territorio di condizioni di emarginazione che richiedono l'elaborazione di politiche mirate al miglioramento della salute dei gruppi più a rischio (nuove patologie emergenti) hanno costituito enormi aggravanti alla fruibilità dei servizi.

Al fine di porre rimedio a tali fenomeni "urbani" e, quindi, per realizzare interventi di riorganizzazione e di riqualificazione dell'assistenza sanitaria, il Governo ha stanziato, nella legge finanziaria del 1999, 1.500 miliardi, integrati fino a 2.400 miliardi con la legge finanziaria del 2000.

Per questo obiettivo è richiesto un cofinanziamento minimo pari al 30 per cento, a carico di altri enti pubblici o privati.

Il programma presenta un carattere spiccatamente trasversale in quanto tende ad affrontare anche quei nodi (comunicazione, trasporti, riequilibrio tra centro e periferie, decongestionamento, qualità della vita) che rendono più difficile il rapporto tra cittadini e Servizio sanitario nazionale.

Il programma non prevede quote predefinite, in quanto intende identificare le effettive criticità delle grandi città e le soluzioni per rimuoverle, i modi, ai tempi di intervento, e la solidità dell'analisi di contesto effettuata.

Pertanto, il programma stesso rappresenta un sistema fortemente innovativo di finanziamento di opere nel settore della sanità, che mette in competizione virtuosa le Regioni attraverso la presentazione di progetti di qualità.

Gli obiettivi del programma sono molto ampi e riguardano interventi strutturali e logistici,

programmi indirizzati all'innalzamento degli standard di salute della collettività, e progetti a carattere organizzativo, con la sperimentazione di nuovi modelli gestionali.

L'orientamento è sostanzialmente il perseguimento di finalità il più possibile trasversali rispetto alle diverse tipologie di intervento.

In questo senso i progetti dovranno favorire:

- il coordinamento delle attività svolte dai singoli soggetti che operano nella sanità dei grandi centri urbani (aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, policlinici, IRCCS, eccetera);
- il coordinamento degli interventi di sviluppo e di riqualificazione delle strutture sanitarie dei centri urbani, secondo criteri rispondenti a logiche di equa distribuzione territoriale dei servizi;
- la razionalizzazione degli investimenti in edilizia ospedaliera e nelle dotazioni tecnologiche;
- il coordinamento degli interventi sanitari con altri interventi di sviluppo e riqualificazione territoriale dell'area (trasporti, urbanistica, acqua, eccetera).

Il decreto ministeriale 15 settembre 1999, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 5 gennaio 2000 fissa "criteri, modalità e termini per la elaborazione e la presentazione dei progetti" e presenta indicazioni generali per la predisposizione del progetto, criteri per la valutazione e azioni di sostegno.

Per favorire la qualità del progetto, il Ministero ha ripartito 15 miliardi, in anticipazione, alle Regioni con decreto ministeriale dell'8 febbraio 2000.

Finanziamenti INAIL (articolo 2, della legge finanziaria 549/95 e articolo 2 della legge finanziaria 662/96). Le leggi finanziarie 1995 e 1996 dispongono, tra l'altro, che l'INAIL debba riservare annualmente il 15 per cento delle proprie risorse alla realizzazione o all'acquisto di opere da locare al Servizio sanitario nazionale o da destinare a centri per la riabilitazione.

Non trattandosi di finanziamenti a fondo perduto, le Regioni hanno dimostrato maggiori incertezze nell'utilizzo di questa opportunità prevista dal legislatore a conferma dell'attenzione al settore dell'edilizia sanitaria dovuta, in gran parte, all'esigenza di assicurare livelli qualitativi di assistenza uniformi su tutto il territorio nazionale.

Il decreto ministeriale del 18 aprile 2000, nell'assolvere al compito di indirizzo nell'utilizzo di dette risorse, ha confermato l'interesse del Ministero a privilegiare aree di intervento quali la riabilitazione, le strutture dedicate all'infanzia, l'acquisto di ospedali dismessi e la riconversione degli stessi in servizi sanitari di rilievo sociale, come le RSA, e la promozione di nuove strutture ospedaliere per accelerare la riqualificazione radicale della rete dell'ospitalità pubblica.

I provvedimenti a oggi adottati impegnano circa 150 miliardi annui.

I programmi europei. Nell'ambito del Quadro comunitario di sostegno (QCS) 2000/2006, la sanità, nell'accezione di salute come benessere globale, è stata riconosciuta a pieno titolo tra gli elementi che compongono la politica di sviluppo del Paese. Il Governo ha riconosciuto al Ministero della sanità un ruolo strategico in quanto titolare di materia a carattere tipicamente trasversale, rispetto ai singoli settori di intervento, investito del compito di garantire la coerenza fra i progetti programmati a livello regionale e la programmazione nazionale.

Per poter garantire un sostegno operativo alla fase attuativa della programmazione dei fondi strutturali contenuta nel documento QCS 2000-2006 il Ministero del tesoro, titolare del

piano operativo (PON) di assistenza tecnica, ha concordato un sistema nazionale di supporto presso ciascuna amministrazione centrale coinvolta nel programma di investimenti. L'attività di assistenza alle cinque Regioni dell'obiettivo 1 (Sicilia, Sardegna, Calabria, Puglia e Basilicata), che viene cofinanziata dal Programma operativo "Assistenza tecnica 2000-2006" per un importo complessivo di programma di circa 10.792 milioni di lire disponibili in sei anni, è articolata in tre misure:

- Misura I.2. - Azioni di assistenza tecnica e supporto operativo per l'organizzazione e la realizzazione delle attività di indirizzo, coordinamento e orientamento delle amministrazioni centrali con competenze trasversali;
- Misura I.4. - Azioni di comunicazione, informazione e pubblicità;
- Misura II.2. - Sviluppo e adeguamento delle strutture e del personale impegnati, con funzioni diverse, nelle attività di programmazione, coordinamento, gestione, sorveglianza e controllo dei programmi dei fondi strutturali.

La libera professione intramoenia (decreto legislativo 254 del 28/7/2000). Il decreto legislativo 254 del 28/7/2000, all'articolo 1, prevede che le Regioni predispongano, entro il 31/12/2000, il programma per la realizzazione delle strutture sanitarie per l'attività libero professionale intramuraria. A tale scopo è prevista la possibilità che le Regioni utilizzi-

Tabella 63. Finanziamenti alle Regioni per strutture di cure palliative

regioni	finanziamenti
Piemonte	22.925.047.180
Valle d'Aosta	1.120.000.000
Lombardia	42.516.853.723
Bolzano	1.742.171.623
Trento	2.179.554.009
Veneto	20.388.774.937
Friuli	7.074.786.057
Liguria	10.344.576.228
Emilia Romagna	21.344.052.211
Toscana	19.250.193.728
Umbria	4.177.500.678
Marche	6.835.787.672
Lazio	21.684.757.022
Abruzzo	5.408.041.217
Molise	1.408.681.831
Campania	19.800.080.989
Puglia	13.791.095.732
Basilicata	2.228.864.596
Calabria	7.091.390.943
Sicilia	18.993.479.783
Sardegna	6.205.309.841
totale	256.511.000.000

no complessivamente un ammontare massimo di lire 1.800 miliardi, nell'ambito delle risorse regionali disponibili ai sensi dell'articolo 20 della legge 67 del 1988. Anche questa linea di finanziamento intende affrontare le effettive esigenze dimostrate attraverso specifici progetti.

Questo Ministero, in relazione ai programmi regionali in corso di acquisizione, dovrà determinare, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, l'ammontare delle risorse necessarie per realizzare gli interventi programmati.

Al fine di agevolare la presentazione dei programmi regionali e per valutarne complessivamente la coerenza rispetto alle risorse finanziarie disponibili, le Regioni sono state invitate a inquadrare correttamente le strategie di investimento e a produrre una relazione che, partendo dall'analisi del fabbisogno, illustri gli obiettivi che si intendono perseguire con gli interventi esistenti, con quelli in corso di realizzazione e con quelli programmati nonché definire l'analisi costi-benefici; i tempi previsti di realizzazione e di messa in funzione; l'ordine di priorità.

Potenziamento delle strutture di radioterapia (Articolo 28, comma 12, legge 488 del 23 dicembre 1999). Il potenziamento delle strutture di radioterapia rappresenta una priorità nazionale da soddisfare con le risorse finanziarie di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, 67, finalizzate, tra l'altro, al potenziamento e alla riqualificazione del parco tecnologico del Servizio sanitario nazionale.

Il carattere prioritario del settore della radioterapia è stato evidenziato in tutti gli accordi di programma sottoscritti dall'ex articolo 2 della legge 622/1996 ed ex articolo 5 bis del decreto legislativo 502/1992 e in quelli, attualmente in corso di perfezionamento, promossi da questo Ministero a completamento del programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie di cui all'articolo 20 già citato. Come emerge anche dai programmi di investimento regionali, la riqualificazione delle apparecchiature radioterapiche richiede particolare e continua attenzione nell'ambito della programmazione sanitaria, sia per la sempre più rapida obsolescenza tecnologica sia per l'inadeguata e spesso non razionale distribuzione dei centri terapeutici, causa di mobilità interregionale notevole e di lunghi periodi di attesa, con notevoli costi sanitari e sociali.

L'articolo 28, comma 12, legge 488 del 23 dicembre 1999, autorizza un'ulteriore spesa di lire 30 miliardi nel triennio 2000-2002 per il potenziamento delle strutture di radioterapia. Detta somma, di per sé non sufficiente a sostenere un programma specifico, può rappresentare un concreto incentivo, se utilizzata come somma addizionale ai programmi regionali finanziati dall'ex articolo 20 o con altri finanziamenti regionali e aziendali. Pertanto, la fruizione di tali somme avverrà nell'ambito di uno specifico programma per il potenziamento delle strutture di radioterapia, con l'indicazione dei tempi e dei modi di realizzazione dello stesso, con particolare riguardo all'obiettivo della riduzione delle liste d'attesa e della mobilità interregionale.

Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative e di assistenza ai malati terminali (decreto ministeriale 28 settembre 1999, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 7 marzo 2000, in attuazione del decreto legge 28 dicembre 1998 450, convertito dalla legge 39 del 1999).

In coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, è stato finanziato il "Programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna Regione e provincia autonoma, di almeno una struttura, dedicata all'assistenza palliativa e di supporto, prioritariamente per i

pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare agli stessi e ai loro familiari una migliore qualità della vita".

Per la realizzazione delle strutture, il decreto ministeriale 28 settembre 1999 assegna alle Regioni le prime due annualità, per complessivi 256,511 miliardi, delle tre stanziato per complessivi 310 miliardi (tabella 63). Il decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri del 20 gennaio 2000 definisce i requisiti strutturali tecnologici e organizzativi dei centri residenziali (hospice), a integrazione dei requisiti per l'esercizio dell'attività sanitaria approvati con il decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997.

Le Regioni hanno inviato, entro il termine previsto del 2 ottobre, i programmi per la realizzazione delle strutture di cure palliative, il programma complessivo della rete di assistenza integrata con gli altri servizi del territorio e con l'ospedale, i programmi di formazione del personale e il piano di comunicazione alla cittadinanza finalizzato alla corretta divulgazione del nuovo servizio.

RICERCA E TECNOLOGIA

RICERCA SANITARIA

La ricerca scientifica è un propulsore dello sviluppo e della crescita delle conoscenze in tutti i campi. I Paesi più avanzati e sviluppati si contraddistinguono anche per investimenti elevati nella ricerca e nello sviluppo.

La Commissione europea, nelle sue raccomandazioni sugli indirizzi di massima del 2000 per le politiche economiche, considera il miglioramento della capacità di innovare elemento essenziale della strategia dell'Unione europea per incrementare la crescita e l'occupazione. Essa raccomanda, tra l'altro, un adeguato sostegno pubblico al finanziamento della ricerca di base, alla creazione di centri di eccellenza e alla distribuzione di incentivi per l'instaurazione di una più stretta collaborazione tra istituti di ricerca e imprese.

Quest'ultimo indirizzo è particolarmente rilevante per la realtà italiana in cui la quota di spesa in ricerca e sviluppo del settore privato è del 55 per cento, contro il 65 per cento degli USA e il 70 per cento del Giappone nel 1998 (fonte: Servizi della Commissione e OCSE). Lo Stato finanzia prevalentemente la ricerca di base poiché questa ha capacità applicative solo potenziali e non può essere prodotta in misura adeguata dal settore privato. Il settore privato, tendenzialmente, produce autonomamente la ricerca applicata, in genere con ricadute sul prodotto nel breve periodo.

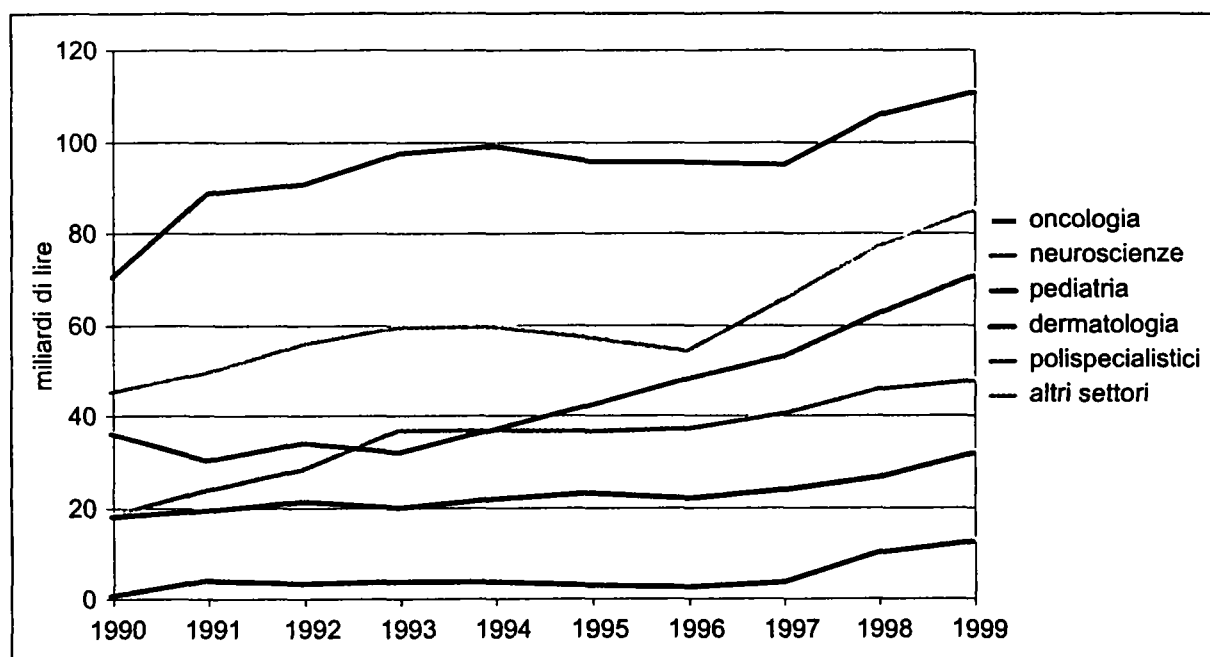
In ambito sanitario, inteso in senso lato, i risultati della ricerca scientifica hanno ricadute in termini di conoscenza medica, innovazione tecnologica, crescita del capitale umano, nuove terapie che costituiscono un patrimonio a disposizione di tutta la collettività nazionale.

Il Ministero della sanità assegna agli aventi diritto individuati dall'articolo 12 del decreto legislativo 502/1992, l'1 per cento del Fondo sanitario nazionale per l'attività di ricerca scientifica. Tale quota è risultata per il 1999 di 500 miliardi di lire, con un incremento di oltre il 10 per cento rispetto all'anno precedente.

Tabella 64. Destinazione dei finanziamenti di cui all'articolo 12 del decreto legislativo 502/1992 per l'anno 1999

ricerca corrente IRCCS	317
ricerca finalizzata	60,5
conto capitale	50
sperimentazioni regionali	28
ricerca corrente IZS	22
ISPESL (spesa corrente)	8
ISS (spesa corrente)	8
ASSR	5
rimborso regioni assistenza stranieri	1,5
totale	500
(dati in miliardi) fonte: Ministero della sanità	.

Figura 74.
Suddivisione
dei finanziamenti
correnti per settori
di ricerca
dal 1990 al 1999
degli IRCCS.
I dati relativi
all'anno 1999
sono in corso
di rilevazione



Le risorse per la ricerca sono state destinate (tabella 64), principalmente, in ordine decrescente, agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), agli Istituti zooprofilattici sperimentali (IZS), all'Istituto superiore di sanità (ISS), all'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro (ISPESL) e all'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR).

I trentadue IRCCS, pubblici e privati, hanno ricevuto per la parte corrente e per le spese in conto capitale oltre l'80 per cento del finanziamento complessivo e rappresentano la parte preponderante di ricerca sanitaria in ambito umano finanziata dal Ministero.

Nella figura 74 è mostrata la suddivisione dei finanziamenti correnti per settori di ricerca dal 1990 al 1999 degli IRCCS. Gli istituti operanti in oncologia ricevono la parte maggiore di risorse finanziarie, seguiti dagli altri settori e dai polispecialistici.

L'attività di ricerca degli IRCCS è legata agli obiettivi indicati nel Piano sanitario nazionale e

al settore di riconoscimento dell'Istituto. Per l'anno 1999 sono stati attivati poco meno di 2.500 progetti nell'ambito del finanziamento per la ricerca corrente e 110 di ricerca finalizzata. Dei progetti di ricerca corrente, gran parte (74 per cento) sono stati indirizzati a risolvere problemi inerenti all'obiettivo I del Piano sanitario nazionale "Contrastare le principali patologie" e in misura secondaria all'obiettivo V "Portare la sanità italiana in Europa" (16 per cento). Infine, all'obiettivo IV "Rafforzare la tutela dei soggetti deboli" sono stati diretti l'8 per cento dei progetti. Analizzando l'attività svolta per tipo di ricerca emerge che il 57 per cento dei progetti è di tipo clinico, il 30 per cento è preclinico, l'8 per cento di carattere epidemiologico e il 5 per cento di natura gestionale-organizzativa. Prevalgono pertanto le ricerche più vicine alla concreta applicazione sul malato.

La ricerca svolta è valutata annualmente principalmente in termini di indicatori bibliometrici che hanno il peso maggiore nel determinare l'assegnazione del finanziamento per l'anno successivo. Gli Istituti hanno collaborato alla redazione di poco meno di 3.300 pubblicazioni scientifiche edite nel 1998, di qualità mediamente elevata con un Impact Factor medio per pubblicazione, normalizzato verso il basso per tenere conto delle disparità di valutazione dei diversi settori di ricerca, di circa 4 punti.

BIOTECNOLOGIE

La continua evoluzione delle biotecnologie, il controllo e la valutazione del rischio da agenti biologici, la tematica della biosicurezza nonché quella della bioetica, sono settori in continuo sviluppo che necessitano idonei strumenti tecnico-scientifici e legislativi per raggiungere anche nel nostro Paese uno sviluppo adeguato e pertinente alle esigenze di una nazione industrializzata.

È comunque innegabile l'estrema complessità e delicatezza di un'area della ricerca all'interno della quale si intrecciano, talora in maniera indissolubile, tematiche tecnico-scientifiche, antropologiche, giuridiche, filosofiche ed etiche. Le competenti istituzioni, quindi, dovranno nel futuro mediare e conciliare diverse esigenze: di fronte a nuove e costose opportunità diagnostico-terapeutiche, evitare il rischio di derogare dai principi della difesa del bene comune e della integrale dignità dell'uomo.

Bioteχνologie e governo. Con decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri dell'11 novembre 1997, è stato istituito, in ottemperanza all'articolo 40 della legge 142 del 19 febbraio 1992, un Comitato nazionale per la biosicurezza e la biotecnologia (CNBB); esso ha sede presso la Presidenza del Consiglio dei ministri ed è composto dai rappresentanti di vari Ministeri, dell'Istituto superiore di sanità, e da altri enti di ricerca pubblici e privati, nonché da esperti del settore. Le sue finalità sono costituite da:

valutazione e controllo del rischio da agenti biologici;
pareri sugli atti legislativi di recepimento nazionale delle direttive europee nel campo delle biotecnologie;

- supporto tecnico alle iniziative governative e parlamentari;
- elaborazione di un quadro conoscitivo dei programmi, iniziative e attività biotecnologiche svolte dai Ministeri, dagli enti di ricerca pubblici e privati e da altri organismi, provvedendo alla valutazione delle implicazioni delle tecnologie biologiche innovative nei diversi settori della ricerca e produttività economica;

- coordinamento delle attività relative al settore delle biotecnologie;
- informazione e divulgazione delle conoscenze tecnico-scientifiche.

I documenti che il Comitato ha già elaborato sono i seguenti:

- linee guida per i test genetici;
- linee guida per la sicurezza e la qualità della sperimentazione e dell'impiego dei "prodotti dell'ingegneria dei tessuti" a scopo terapeutico, ovvero a scopo di trapianto sui pazienti;
- proposte operative per lo sviluppo in Italia delle biotecnologie;
- aspetti regolatori della terapia genica: guida ai produttori e agli utilizzatori;
- documento su clonazione umana e animale.

Biotecnologie e Ministero della sanità. È stata istituita, con decreto ministeriale del 12 giugno 1993, presso la Direzione generale del Dipartimento della prevenzione del Ministero della sanità, ai sensi degli articoli 11, 15 e 19 del decreto legislativo n. 91 e degli articoli 6, 7 e 20 del decreto legislativo n. 92, entrambi del 3 marzo 1993, la Commissione interministeriale di coordinamento per le biotecnologie (CIB). Essa ha sede presso il Dipartimento della prevenzione del Ministero della sanità ed è composta dai rappresentanti di vari Ministeri, dell'Istituto superiore di sanità e da esperti del settore. Le sue finalità sono costituite da:

- esaminare ed esprimere parere sulle notifiche che gli utilizzatori responsabili sono tenuti ad effettuare ove intendano procedere all'impiego confinato di microrganismi geneticamente modificati, nonché su quelle di chiunque intenda effettuare un'emissione deliberata di un organismo geneticamente modificato (OGM) o di una sua composizione, a scopi di ricerca e di sviluppo, comunque diversi dall'immissione sul mercato;
- esprimere parere su ogni altra questione relativa agli aspetti di cui sopra e promuovere, ove ritenuto necessario, la richiesta di parere al Consiglio superiore di sanità e al Comitato nazionale per la biosicurezza e le biotecnologie;
- effettuare visite ispettive presso i campi sperimentali contenenti piante geneticamente modificate.

È stata istituita presso il Dipartimento alimenti, nutrizione e sanità pubblica veterinaria del Ministero della sanità, in ottemperanza al Regolamento CE 258/1997 la Commissione interministeriale per la valutazione delle notifiche ai fini della commercializzazione dei nuovi prodotti e nuovi ingredienti alimentari (Commissione Novel Foods). Essa è composta dai rappresentanti di vari Ministeri, dell'Istituto superiore di sanità e da esperti dell'Istituto nazionale della nutrizione e dell'università.

Le sue finalità sono costituite dalla presa in carico di tutte le problematiche tecniche e di salvaguardia della salute pubblica e dell'impatto sull'ambiente che potrebbero emergere relativamente all'immissione sul mercato di tali alimenti.

Alcune questioni aperte:

- xenotrapianti: nel nostro Paese non esiste ancora una normativa che regoli i vari aspetti degli xenotrapianti e pertanto appare utile e opportuna una tempestiva elaborazione di specifiche linee guida in materia per:
- una regolamentazione atta a prevenire il rischio di trasmissione e diffusione di malattie e infezioni da agenti noti e ignoti nell'uomo e negli animali;
- l'individuazione di tecniche e la validazione delle ricerche di base e delle sperimentazioni cliniche;

- la certificazione degli animali e degli allevamenti;
- il controllo a lungo termine sui pazienti trapiantati.

In linea di principio lo xenotrapianto in paziente umano, se attuato in condizioni di sicurezza e di buona prospettiva di sopravvivenza, potrebbe rappresentare una terapia preziosa per molti pazienti per i quali non è disponibile né un allotrapianto né una terapia alternativa, ma, allo stato attuale, si riconosce la necessità di ulteriori ricerche scientifiche, prima che venga considerato eticamente accettabile sperimentare lo xenotrapianto clinicamente sull'uomo.

protezione giuridica delle invenzioni tecnologiche: la direttiva del Parlamento e del Consiglio d'Europa 44/1998 ha per fine la "protezione giuridica delle invenzioni biotecnologiche", ovvero la brevettabilità e dunque la tutela della proprietà intellettuale di geni, piante e animali geneticamente modificati. L'intento è dunque quello di armonizzare le legislazioni brevettuali nazionali sulla materia e di assicurare regole certe e condivise in merito alla circolazione dei prodotti biotecnologici, e insieme un'adeguata tutela della salute umana e un'efficace protezione dell'ambiente.

TRAPIANTI

Situazione attuale. Nel corso degli ultimi anni l'incremento del numero e della qualità dei trapianti ha avvicinato l'Italia agli standard delle principali nazioni europee. Dalla fine del 1997 a oggi il numero dei donatori di organi è aumentato del 30 per cento, determinando un comparabile incremento del numero complessivo dei trapianti.

L'attuale disponibilità di organi (2.400 trapianti l'anno) rimane tuttavia gravemente insufficiente rispetto al numero dei pazienti in attesa (oltre 8.700), mentre la qualità dei risultati è significativamente superiore alle medie europee.

Questi dati evidenziano come anche in Italia i trapianti d'organo possono già da ora essere considerati una reale risposta assistenziale per i pazienti affetti da gravi insufficienze d'organo e rappresentino una sicura e insostituibile opportunità terapeutica in grado di risolvere positivamente oggettive situazioni di pericolo e di danno per la vita non altrimenti o altrettanto efficacemente trattabili.

Lo sviluppo di questo impiego terapeutico, le cui complicanze e controindicazioni sono sempre più contenute, appare condizionato solo dalla limitata disponibilità di donatori.

Uno sguardo ai dati. Entrando nel merito dei dati si ricava che nel 2000 il numero di donazioni e di trapianti effettuati in Italia è stato di 15,2 donatori per milione di abitanti, il 4,3 per cento in più rispetto al 1999. Se l'aumento delle donazioni pone l'Italia in linea con il dato stimato a livello europeo per il 2000 (tra 15,5 e 16 donatori per milione), sopravanzando paesi come la Germania, la Svizzera, la Svezia, la Danimarca e l'Olanda, non elimina tuttavia le differenze presenti tra il Nord (22,9 donatori per milione), il Centro (14,1 donatori per milione) e il Sud (6 donatori per milione) del Paese.

Rimane costante in queste aree la percentuale di opposizioni alla donazione, che riguardano circa il 30 per cento dei soggetti nei quali sia stata accertata la morte encefalica (cioè dei potenziali donatori di organi). Si tratta di un dato accettabile, seppure ancora lontano dal 23 per cento della Spagna, il dato migliore a livello internazionale.

Tra le regioni, la provincia autonoma di Bolzano (34,6 donatori per milione) e l'Emilia

Romagna (28,9 donatori per milione) occupano i primi due posti per numero di donatori, seguite dalla Liguria (24), dal Veneto (23,6), dal Piemonte (22,8), dalla Toscana (21,8) e dal Friuli Venezia Giulia (21,1). Al di sotto dei 20 donatori per milione di abitanti vi sono la Lombardia (17,1), la Sardegna (13,3), la Basilicata (13,2), la provincia autonoma di Trento (12,7), l'Abruzzo e il Molise (12,4) e l'Umbria (10,8). Con meno di 10 donatori per milione di abitanti si collocano le Marche (8,2), la Puglia (8,1), il Lazio (6,8) e la Calabria (5,4). Chiudono la classifica la Campania (con 3,5 donatori per milione) e la Sicilia (2,7 donatori per milione). In totale sono stati trapiantati 2.383 pazienti, con 1.307 trapianti di rene, 297 di cuore, 724 di fegato, 58 di polmone, 42 di pancreas, 1 di mano, 1 di intestino. In 47 casi sono stati trapiantati nello stesso paziente due organi diversi (rene-pancreas, rene-fegato, rene-cuore, cuore-polmone), in 52 entrambi i reni e in 27 entrambi i polmoni.

I dati resi disponibili dai centri interregionali per il trapianto indicano che la qualità dei trapianti è superiore a quella delle medie europee. Rilevanti sono stati il primo trapianto di mano e il primo trapianto di intestino tenue.

Per quanto riguarda le liste d'attesa, i dati al 31 ottobre 2000 erano i seguenti: 6.858 pazienti aspettavano un rene, 986 il fegato, 706 il cuore e 176 un polmone. Le maggiori differenze tra trapianti effettuati e organi disponibili riguardano il rene (1.307 trapianti contro 6.858 pazienti in attesa), anche se il numero dei pazienti in lista è stabile da oltre 2 anni. Migliore è la situazione per quanto riguarda i trapianti di cuore (297 trapianti su 706 pazienti in attesa) e di fegato (724 trapianti su 986 pazienti in attesa). In quest'ultimo caso, un risultato così notevole è stato reso possibile grazie all'attuazione di tecniche chirurgiche avanzate come lo split (divisione), utilizzato dalla fine dello scorso anno, che consente di trapiantare l'organo in due pazienti utilizzando il fegato di un singolo donatore.

Obiettivi raggiunti. I risultati descritti sono dovuti a una serie di azioni svolte negli ultimi anni, prima fra tutte l'approvazione della legge sui trapianti di organi e tessuti (91 del primo aprile 1999). Grazie a essa è stato istituito il Centro trapianti ed è stata riorganizzata la Consulta tecnica permanente, con l'inclusione dei rappresentanti delle associazioni di volontariato e delle associazioni dei pazienti.

Alla data del 31 dicembre 2000, dei 12 decreti attuativi previsti dalla legge quattro erano stati emanati (manifestazione di volontà, consulta nazionale, centro nazionale, borse di studio), due erano stati attuati precedendo l'emanazione (liste d'attesa e sistema informativo), uno era stato già definito dalla Consulta nazionale ed è attualmente in attesa di emanazione (idoneità degli organi al trapianto). Gli altri cinque decreti sono in corso di definizione e saranno approvati entro alcuni mesi. Due di questi riguardano competenze di carattere regionale e i rimanenti tre sono relativi ad aggiornamenti di materie già attualmente regolate.

Il Centro nazionale è inoltre coinvolto nell'ideazione e promozione delle campagne di informazione e sensibilizzazione per la donazione di organi promosse dal Ministero della sanità a livello nazionale e territoriale e collabora alla programmazione regionale prevista dalla legge. el luglio 2000 è stato avviato il Sistema informatico nazionale, che darà informazioni su tutti i trapianti effettuati in Italia; contemporaneamente ha avuto inizio nelle ASL l'archiviazione elettronica delle dichiarazioni di volontà dei cittadini prevista dal decreto ministeriale 8 aprile 2000.

Sul piano organizzativo, un importante obiettivo è stato raggiunto con la nomina, in tutte le regioni, dei coordinatori regionali dei trapianti, con i relativi comitati regionali; in alcune

regioni è già stata istituita una rete di coordinatori locali dei prelievi, che hanno ricevuto una formazione specifica. Sono stati inoltre autorizzati nuovi centri di trapianto, per coprire meglio il fabbisogno sul territorio.

Problemi aperti. L'identificazione di donatori e il reperimento di organi in Italia sono ancora inferiori alle necessità assistenziali dei pazienti in lista di attesa. Se i livelli attuali hanno consentito di stabilizzare la numerosità delle liste, appare necessario un incremento dei donatori del 50 per cento per poter rispondere efficacemente al bisogno.

Le cause principali di tale carenza possono essere attribuite a:

- insufficiente applicazione delle procedure relative all'accertamento di morte encefalica (legge 583/1993) da parte di numerose rianimazioni, con conseguente riduzione dei potenziali donatori;
- insufficiente organizzazione delle procedure necessarie alla donazione degli organi (mantenimento dei donatori, rapporti con i familiari, rapporti con i centri di riferimento);
- insufficiente applicazione da parte delle regioni delle norme previste dalla legge 91/1999 relativamente all'attivazione dei coordinatori locali ai prelievi.

In particolare, è rilevante la disomogeneità della disponibilità di organi per i trapianti sul territorio nazionale: nella maggioranza delle regioni centrosettentrionali il livello delle donazioni è superiore alle medie europee, mentre in quasi tutte le regioni centromeridionali i livelli sono inferiori ai dati europei. Questo fenomeno genera flussi di pazienti dal Sud verso le regioni con maggiori disponibilità e verso l'estero. Accanto a questi elementi problematici vanno evidenziati alcuni elementi positivi, come il progresso raggiunto nelle conoscenze e nelle tecniche medico chirurgiche, grazie al quale sono oggi praticabili tipi di trapianto rimasti, fino a ieri, allo stato sperimentale. Da questo punto di vista la più recente conquista riguarda la possibilità di effettuare il trapianto di intestino.

Altrettanto importanti sono i progressi verso una migliore utilizzazione degli organi disponibili; è il caso del trapianto di un singolo lobo epatico o di doppi trapianti di rene in un singolo soggetto. Queste tecniche avanzate devono essere messe a disposizione di tutti i pazienti italiani, addestrando adeguatamente gli operatori e favorendo lo svolgimento di queste attività. L'ampliamento dell'indicazione al trapianto per un numero crescente di condizioni patologiche è tale che, nonostante un'auspicabile piena utilizzazione di tutti i donatori cadaveri, non è possibile assicurare questa terapia a tutti i pazienti che ne hanno bisogno. Occorre, pertanto, non escludere la possibilità che nei casi opportuni vengano utilizzati organi anche da donatore vivente. Per quanto riguarda lo sviluppo del sistema, le attività di trapianto in Italia sono tradizionalmente a carico esclusivo dei singoli centri di trapianto o delle regioni nelle quali essi vengono effettuati. Non esiste ancora in Italia un meccanismo globale per la verifica dell'assegnazione degli organi da trapiantare né per il monitoraggio dei pazienti trapiantati. Entrambi questi strumenti appaiono indispensabili per la trasparenza del sistema e per la valutazione della qualità dei risultati.

Si segnala, infine, il crescente fabbisogno di tessuti umani. Il progresso medico e tecnologico e l'ampliamento delle indicazioni terapeutiche fanno aumentare le richieste di innesti di cornee, ossa, cute, segmenti vascolari, valvole cardiache. Le norme attuali per una garanzia di qualità richiedono che ogni tessuto da innestare venga raccolto, esaminato e valutato da un'apposita banca dei tessuti. Attualmente, un sistema di raccolta e di passaggio a banche specializzate è attivo solo in alcune aree del Paese e solo per alcuni tessuti.

IL TEMA DELLA QUALITÀ NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

È possibile e conveniente garantire ai singoli individui, alle famiglie e alle comunità la possibilità di accedere, nel modo per loro più accettabile, a servizi sanitari della migliore qualità possibile e più adatti alle loro necessità?

L'Organizzazione mondiale della sanità, fondandosi sull'esperienza di alcuni Stati membri, risponde positivamente e afferma anche che ciascun Paese della regione europea dovrebbe definire chiare politiche per assicurare la qualità dei servizi sanitari soprattutto oggi, in una situazione di risorse limitate, di restrizioni economiche, e di necessità di rispondere a nuove domande di partecipazione degli utenti alla cura della propria salute.

Con il Piano sanitario nazionale 1998-2000 ha preso avvio anche in Italia l'obiettivo istituzionale di garantire adeguati livelli di qualità dell'assistenza sanitaria. Il Piano prevede un Programma nazionale per la qualità finalizzato a rendere sistematico l'orientamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) verso la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria coinvolgendo la dimensione professionale, organizzativo-aziendale e relazionale dell'assistenza.

L'approccio sistematico e complessivo al tema del miglioramento della qualità è quindi da considerare ancora relativamente recente nel nostro Paese. Manager e operatori che conoscono e perseguono tale approccio sono ancora in numero ridotto, anche se sono state censite esperienze in tutte le Regioni e Province autonome.

Le esperienze di miglioramento della qualità dei servizi attuate nelle Aziende sono caratterizzate da riferimenti teorici, approcci metodologici e livelli di attuazione e di coinvolgimento differenziati: dallo sviluppo di isolate iniziative di miglioramento, all'applicazione di strumenti istituzionali quali la Carta dei servizi e gli indicatori di qualità, a esperienze di valutazione e revisione della qualità (VRQ), fino alla realizzazione di veri e propri sistemi legati all'attività di accreditamento (professionale e istituzionale), al modello di gestione per la qualità proposto dall'ISO e allo sviluppo di esperienze di gestione totale per la qualità (ispirate, per esempio, al modello per l'eccellenza dell'European foundation for quality management - EFMQ). Alcune di queste iniziative sono state censite nel Rapporto "La qualità dei servizi ai cittadini nel Servizio sanitario nazionale 1996-1998" (disponibile nel sito www.sanita.it/Servizi_in_linea/Qualità_e_cittadini/Carta_dei_servizi). Inizia a emergere, tuttavia, la necessità di elementi di confronto e di convergenza tra tali approcci ed esperienze attraverso un'attività di censimento, diffusione e analisi dei risultati.

Al fine di favorire l'avvio di questo processo, il Ministero della sanità ha realizzato una specifica sezione del proprio sito internet (www.sanita.it/qualita/qualssn/intro.htm) che riporta norme e documentazioni dedicate al tema della qualità.

Un secondo punto critico rilevato nell'attuale situazione e collegato al precedente è costituito dal fatto che la qualità viene considerata "un di più" rispetto all'assistenza sanitaria fornita e all'organizzazione dei servizi, e non una caratteristica a esse intrinseca e fondante.

Da questo punto di vista, lo sviluppo del sistema qualità non si esaurisce con la pur necessaria e importante istituzione di un'unità dedicata alla promozione della qualità, ma comporta un generale riorientamento di tutti i processi aziendali, sia clinici sia amministrativi, verso il perseguimento di questo obiettivo.

In questo ambito, emerge da un lato l'opportunità di integrare in modo efficace le tre dimen-

sioni della qualità, organizzativo-aziendale, relazionale e tecnico-professionale; dall'altro, la centralità del tema dell'efficacia e appropriatezza, intorno al quale si possono incontrare le diverse metodologie e orientamenti.

LA QUALITÀ ORGANIZZATIVO-AZIENDALE

Il contesto e i provvedimenti normativi. La complessità istituzionale e organizzativa del Servizio sanitario determina la necessità di governare e rendere più efficace l'ambiente organizzativo e istituzionale entro il quale si svolge l'attività tecnico-professionale.

La qualità organizzativo-aziendale è stata oggetto di numerosi e importanti provvedimenti e attività che hanno interessato soprattutto i seguenti temi: garantire la qualificazione dei soggetti erogatori di prestazioni e di servizi (requisiti per l'autorizzazione e per l'accreditamento), attivare provvedimenti di monitoraggio delle attività svolte (indicatori) e tutelare il diritto di accesso alle prestazioni (liste e tempi d'attesa).

Qualificazione dei soggetti erogatori. Uno degli aspetti decisivi della politica per la qualità, è rappresentato dalla determinazione di regole e requisiti a cui gli operatori e gli erogatori sono chiamati a corrispondere, al fine di aumentare e rendere uniforme il livello di qualificazione dei servizi e delle prestazioni. Tali requisiti riguardano sia le dotazioni strutturali e tecnologiche, sia i processi organizzativi e le procedure interne a essi correlate, sia gli aspetti di rapporto con l'utente, incluse la comunicazione e la partecipazione.

I principali provvedimenti in materia di qualificazione dei soggetti erogatori di prestazioni e servizi definiscono le condizioni per la realizzazione di strutture e l'esercizio dell'attività sanitaria (articolo 8 ter, decreto legislativo 229/1999), individuano i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (decreto Presidente della Repubblica 14/1/1997) e per l'accreditamento istituzionale rilasciato dalle Regioni alle strutture pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta (articolo 8 quater decreto legislativo 229/1999).

Indicatori. Uno dei maggiori problemi dell'attuale organizzazione dei sistemi sanitari è costituito dalla misura e dall'analisi sistematica del valore reale di differenti strategie e metodi utilizzati per diminuire un problema di salute posto al livello della popolazione. La misura dei risultati in materia di salute, sulla base di indicatori adottati internazionalmente e riferiti all'intera popolazione, rappresenta un concetto unificatore grazie al quale si può comparare il valore relativo dei programmi di promozione della salute, di prevenzione delle malattie, di cura e riabilitazione.

Il decreto legislativo 56/2000 segna un'ulteriore tappa in tale direzione: individua la necessità di un set minimo di indicatori e di parametri di riferimento, atti a misurare l'assistenza erogata in ogni Regione, insieme a modalità per raccomandare azioni correttive e attuare misure di sostegno per il raggiungimento degli obiettivi di salute programmati dal Piano sanitario nazionale.

I tempi di attesa. Garantire a tutti i cittadini tempi di attesa adeguati al loro bisogno di salute ed equità nell'accesso alle prestazioni rappresenta un obiettivo permanente e di grande attualità per il SSN, anche se, relativamente alla capacità di soddisfare equamente i bisogni di cura dei cittadini, l'Organizzazione mondiale della sanità, nel suo recentissimo Rapporto sanitario, assegna il secondo posto all'Italia. Tuttavia, l'eccessiva lunghezza dei tempi di atte-

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 65. Indicatori di efficacia e di appropriatezza per Regione (anno 1998): ricoveri per acuti. Fonte: Ministero della sanità, SIS, dati SDO

indicatori di efficacia e appropriatezza per regione anno 1998 - ricoveri per acuti						
regione (DRG 039)	% parti cesarei sul totale dei parti	% dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dimessi	ricoveri per diabete x 100.000 abitanti*	ricoveri per asma x 100.000 abitanti**	interventi sul cristallino in day-hospital numero	% sul totale degli interventi sul cristallino
Piemonte	26,86	38,55	124,43	50,31	2.670	12,77%
Valle d'Aosta	21,50	50,70	68,56	59,36	-	-
Lombardia	23,33	38,35	125,79	59,55	7.101	12,15%
Provincia autonoma						
Bolzano	17,29	44,31	139,06	77,18	145	5,09%
Provincia autonoma						
Trento	22,45	42,07	138,36	58,04	2.343	66,09%
Veneto	24,49	41,86	133,20	59,50	9.346	35,44%
Friuli Venezia Giulia	19,04	36,10	117,59	29,88	510	8,19%
Liguria	28,48	40,45	151,54	73,39	751	6,72%
Emilia Romagna	29,27	34,49	128,12	46,31	19.720	62,37%
Toscana	22,54	41,53	106,94	66,51	3.861	18,60%
Umbria	25,45	47,25	156,54	57,83	753	14,10%
Marche	33,23	40,24	127,78	50,52	1.202	12,71%
Lazio	35,46	43,40	159,36	75,91	1.407	5,89%
Abruzzo	33,49	51,12	150,31	62,77	541	8,12%
Molise	33,45	48,92	165,81	59,41	-	-
Campania	48,03	53,35	153,55	71,83	66	0,40%
Puglia	35,07	52,90	227,48	73,30	512	3,14%
Basilicata	41,76	64,36	430,75	83,89	1	0,11%
Calabria	34,24	56,42	188,12	68,86	1	0,01%
Sicilia	36,56	54,41	175,00	65,05	866	7,09%
Sardegna	25,98	50,11	143,85	67,65	100	1,34%
Italia	31,38	44,91	150,63	63,13	51.896	17,88%

* diagnosi principale corrispondente al codice ICD9CM 250.xx

** diagnosi principale corrispondente al codice ICD9CM 493.xx

sa per alcune prestazioni e servizi rappresenta ancora un punto particolarmente significativo e critico della qualità organizzativo-aziendale del servizio sanitario e del rapporto con il cittadino. Il decreto legislativo 124/1998 ribadisce il diritto del cittadino a ottenere informazioni certe rispetto ai tempi di attesa per accedere alle prestazioni del SSN e il dovere per le aziende di stabilire e rendere pubblici i corrispondenti tempi massimi.

L'attuazione. L'accreditamento viene trattato in modo approfondito in un'apposita sezione della presente relazione. L'attuazione nelle diverse Regioni offre un panorama estremamente diversificato, risultando più completa e incisiva in alcune rispetto ad altre; maggior omogeneità verrà data dall'approvazione dell'apposito Atto di indirizzo e coordinamento, in fase di avanzata realizzazione. Nonostante la presenza di elementi di disomoge-

neità, si può affermare che, nel suo complesso, il sistema sanitario ha accettato la sfida dell'accreditamento e vi ha colto un'opportunità di miglioramento della qualità, integrandone le diverse dimensioni in un approccio unitario e rilevante per l'intero SSN.

La gestione dei tempi e delle liste di attesa. Allo stato attuale, tutte le Regioni e gran parte delle aziende sanitarie hanno ottemperato agli adempimenti richiesti dal decreto legislativo 124/1998, sulla scorta di una diffusa attività di verifica e sostegno svolta da parte del Ministero della sanità, finalizzata ad assicurare l'applicazione uniforme della legge su tutto il territorio nazionale.

Tuttavia, la situazione sul territorio nazionale risulta tuttora estremamente disomogenea e caratterizzata da aree di eccellenza accanto ad altre di forte criticità. Sia a livello ambulatoriale sia di ricovero, si evidenzia l'insoddisfacente risposta per alcune prestazioni particolarmente frequenti o a elevato contenuto tecnologico, tra i quali, a mero titolo d'esempio, si citano esami di tomografia computerizzata, ecografie, alcune tipologie di visite specialistiche, interventi chirurgici per la correzione della cataratta o per protesi d'anca.

Le attività istituzionali sul tema delle liste di attesa si sono poste un duplice obiettivo: da una parte garantire trasparenza e informazione agli utenti, dall'altra creare condizioni per produrre e diffondere competenze specifiche e programmi di attuazione e di verifica ai livelli regionale e aziendale. È stata istituita un'apposita sezione del sito Internet (indirizzo: www.sanita.it/qualita/liste/intro.htm) che sintetizza le leggi nazionali e regionali sul tema, fornendo elementi di conoscenza ai cittadini; è in corso di elaborazione un documento ministeriale sui diritti degli utenti in relazione ai tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere.

È stata attivata una rete di referenti regionali, dedicati alla gestione istituzionale di questo tema, che si sono incontrati e confrontati nell'ambito di una giornata nazionale di valutazione e progettazione di interventi per affrontare e governare questo fenomeno.

Nel breve periodo, allo scopo di dare attenzione prioritaria alla soluzione di questo problema, è stata istituita una specifica Commissione ministeriale composta da esperti e da rappresentanti delle Regioni, con il compito di elaborare linee di indirizzo e di supporto nell'attuazione dei provvedimenti normativi.

Gli indicatori. La concreta attuazione di un sistema di indicatori consente il monitoraggio e la comparazione dello stato di salute, delle azioni programmate e dell'assistenza erogata ed è un fondamentale obiettivo per il SSN decentrato.

Il Ministero della sanità sta sviluppando il "sistema di garanzia" previsto dal decreto legislativo 56 del 2000.

Per ottenere il nucleo di informazioni necessarie allo scopo è indispensabile, da un lato migliorare la qualità dei dati già raccolti dal sistema informativo sanitario, dall'altro integrare tali informazioni con dati aggiuntivi necessari a valutare importanti aspetti dell'assistenza sanitaria per i quali vi è un'insufficiente conoscenza attraverso gli attuali flussi informativi; per esempio, alcuni ambiti dell'assistenza distrettuale, in particolar modo la medicina generale e la pediatria di libera scelta, le attività di prevenzione, il sistema dell'emergenza.

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) rappresenta uno dei principali strumenti di raccolta delle informazioni sanitarie; allo scopo di migliorarne la qualità è stato recentemente aggiornato, con un apposito regolamento ministeriale, il flusso dei dati basati sulla SDO, che alimenta un'importante base-dati (oltre 12 milioni e mezzo di record all'anno). Il regolamento introduce alcune importanti novità:

- revisione di tutte informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera e aggiunta di nuovi campi informativi;
- adozione del sistema di codifica internazionale ICD 9 CM, versione 1997 in tutto il territorio nazionale;
- emanazione di linee guida per la migliore e uniforme codifica di diagnosi e interventi chirurgici.

Alcuni indicatori, relativi alle attività di ricovero ospedaliero, sono stati elaborati dalla base dati alimentata dalla scheda di dimissione e pubblicati nel Rapporto annuale relativo al 1998 (disponibile via internet all'indirizzo: www.sanita.it/sdo/dati/datiind.htm).

Nella tabella 65 sono sintetizzati alcuni indicatori di efficacia e di appropriatezza utili sia a effettuare valutazioni generali in ambito programmatico sia come screening informativo per condurre più approfondite analisi di qualità.

LA QUALITÀ RELAZIONALE

L'attenzione ai destinatari delle prestazioni offerte dal servizio sanitario nasce da una diffusa consapevolezza, nei cittadini e nella pubblica amministrazione, che è necessario ripensare la configurazione e i modi di esercizio dei servizi pubblici riorientandone l'attività verso quella che è la ragione stessa della loro esistenza: i cittadini. Servono procedure rapide e semplici, la disponibilità di informazioni e l'accessibilità dei servizi e degli uffici destinati ai rapporti con il pubblico, la rilevazione delle opinioni e del grado di soddisfazione degli utenti e delle loro proposte di definizione dei servizi e dei loro contenuti.

L'organizzazione complessiva del Servizio sanitario nazionale (SSN) non ha ancora saputo mettere il paziente al centro del sistema, sebbene numerosi provvedimenti della pubblica amministrazione abbiano posto specifica attenzione a tale obiettivo.

L'adozione della Carta dei servizi, l'istituzione degli Uffici di relazione con il pubblico, l'attuazione di indagini di soddisfazione, e la raccolta dei reclami sono attività monitorate nel SSN. Il volume «La qualità dei servizi al cittadino nel Servizio sanitario nazionale, Valutazione dello stato di attuazione della Carta dei servizi e dei risultati delle esperienze di miglioramento della qualità» (in www.sanita.it/qualita/carta/intro.htm) ci mostra che fin dal 1998 in quasi tutte le strutture del SSN è disponibile la Carta dei servizi, è istituito l'Ufficio di relazione con il pubblico e si svolgono, in misura elevata, indagini di soddisfazione e di raccolta dei reclami degli utenti e dei cittadini.

Già oggi si registra una sistematica attività di comunicazione dei Servizi di relazione con il pubblico, un'elevata attività, in tutte le aziende, di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti e di rilevazione dei reclami. Tali attività dovranno essere potenziate, per esempio in relazione alle informazioni sull'accessibilità ai servizi e sui tempi di attesa e sull'appropriatezza ed efficacia reale degli atti medici.

Il problema della trasparenza e della completezza dell'informazione al cittadino utente a riguardo delle prestazioni e dei servizi deve essere affrontato da tutti coloro che operano nel SSN, con il duplice scopo di rinsaldare l'"alleanza terapeutica" e di consentire l'esercizio pienamente informato e perciò consapevole della libera scelta.

Altri strumenti di verifica e di coinvolgimento degli utenti sono da potenziare.

Le numerose indagini di soddisfazione che vengono svolte a diversi livelli e con diversi

ambiti applicativi pongono il problema della loro comparabilità e della disponibilità di un quadro di riferimento nazionale.

LA QUALITÀ TECNICO-PROFESSIONALE

La promozione della qualità tecnico-professionale viene perseguita lungo le due direttrici principali dell'appropriatezza e delle linee guida, nonché attraverso gli incentivi alla formazione continua del personale.

Efficacia e appropriatezza delle prestazioni sono i concetti fondanti del nuovo Servizio sanitario nazionale (SSN) identificati dapprima nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, e articolati poi nella loro dimensione organizzativa oltre che scientifica e professionale con il decreto legislativo 229/1999. Impegnandosi a garantire ai cittadini le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, il SSN ha scelto proprio efficacia clinica e appropriatezza come criteri guida della propria attività. Se la definizione di efficacia clinica è relativamente semplice da riassumere (si definisce "efficace" una prestazione per la quale esistano dati scientifici validi attestanti la sua capacità di migliorare in modo misurabile quantità o qualità della vita dei pazienti), quella di appropriatezza presenta maggiori difficoltà sia sul piano epistemologico sia pratico. Appropriata è, infatti, una prestazione per la quale non solo esistono prove di efficacia, ma che viene erogata a quei pazienti che realmente ne possono beneficiare, al livello di assistenza più adatto e con la tempestività necessaria a garantirne effettivamente l'utilità. Fanno sempre parte della definizione di appropriatezza la considerazione del contesto culturale e organizzativo sia del paziente che degli operatori e delle possibilità tecnico-finanziarie del sistema.

La promozione dell'appropriatezza, quindi, implica lo sviluppo di strumenti di valutazione dell'appropriatezza "generica", di linee guida, di parametri di riferimento, di standard attesi di buona pratica clinica e organizzativa.

Il Servizio sanitario nazionale sostiene lo sviluppo di strumenti di valutazione finalizzati ad aumentare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e, allo stesso tempo, di modalità assistenziali alternative (assistenza domiciliare integrata, hospice, residenze sanitarie assistenziali). Tra i diversi strumenti utilizzati per il miglioramento dell'appropriatezza "generica" il più noto è il PRUO (Protocollo revisione utilizzo ospedale), costituito da una serie di criteri espliciti e diagnosi-indipendenti che permettono di esprimere un giudizio sull'appropriatezza delle ammissioni e delle singole giornate di degenza in ospedale. Negli ultimi anni questo tipo di valutazione di appropriatezza ha avuto un notevole sviluppo a livello di singole aziende sanitarie e di alcune Regioni ed è attualmente operante un progetto nazionale sul tema, facente parte del programma Ricerca sanitaria del Ministero della sanità, coordinato dalla Regione Friuli Venezia Giulia (informazioni sono disponibili sul sito web della Regione Friuli Venezia Giulia).

Gli indicatori mostrati nella tabella 1 devono indurre a riflessioni attente sull'appropriato ricorso a importanti pratiche cliniche, quali l'indicazione all'intervento di taglio cesareo o all'ospedalizzazione per condizioni cliniche generalmente trattabili in ambulatorio o day-hospital, o ancora all'esecuzione in ricovero ordinario dell'intervento chirurgico di correzione della cataratta la cui appropriata esecuzione dovrebbe avvenire in regime di day-hospital. Il problema fondamentale constatato oggi nel campo della cura è costituito dal

fatto che i risultati delle cure cliniche per pazienti simili presentano spesso una grande variazione fra i Paesi, fra le Regioni, fra ospedali e fra dispensatori, anche quando le risorse materiali, finanziarie e umane utilizzate sono le stesse.

Esiste, in questo campo, un grande potenziale ancora inesplorato di miglioramento della qualità e del rapporto costo-efficacia delle cure ai pazienti. Fin qui, tuttavia, si sono fatti pochi sforzi sistematici per includere queste misure di risultato nella pratica quotidiana.

La misura sistematica dei risultati in sanità nell'ambito delle cure cliniche, basata su indicatori di qualità internazionalmente definiti e che consentono di comparare i risultati fra pari, è un nuovo strumento indispensabile per il miglioramento continuo della qualità delle cure ai pazienti. Queste misure di impatto, intese come prima tappa di un processo di miglioramento della qualità delle cure, e l'applicazione più larga di una medicina fondata su prove scientifiche, possono apportare nuovi strumenti per la valutazione delle tecnologie e per un'utilizzazione più efficace, sul piano pratico ed economico, degli interventi diagnostici e curativi. Questi metodi permetteranno di determinare ciò che funziona, ciò che è necessario e ciò che non lo è. Si potrà allora, a partire da un approccio scientifico, mantenere i nuovi interventi che presentano interesse e ridurre il consumo di atti inutili, di farmaci e di attrezzature.

In questo modo si libereranno risorse per rispondere in parte alle domande crescenti alle quali il sistema sanitario deve rispondere e cioè l'aumento delle persone anziane e l'introduzione regolare di tecnologie di cura sempre più complesse.

LE LINEE GUIDA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ITALIANO

Delle linee guida come strumento per il miglioramento della qualità dell'assistenza si parla oramai dalla fine degli anni sessanta. Nei Paesi dell'Europa del Nord e negli USA esiste una vasta letteratura in proposito che documenta non solo l'altalena di entusiasmi e delusioni relativamente alla reale efficacia di questo strumento, ma anche i rapidi cambiamenti nel modo stesso di concepirne finalità strategiche e obiettivi immediati nel governo dei sistemi sanitari (1-11). In Italia si parla di linee guida da oramai un decennio e ancora oggi si discute su quale significato, ruolo e funzioni esse debbano avere. Il dibattito è a tutto campo: vi è chi enfatizza soprattutto le linee guida come strumento di formazione permanente (per aggiornare più celermente i professionisti), chi ne sottolinea l'importanza metodologica e formativa, chi indica soprattutto l'importanza gestionale e organizzativa che esse potrebbero assumere e chi, infine, ne auspica l'uso come strumento di controllo di qualità e appropriatezza (12). A parte alcune apparizioni nelle leggi finanziarie degli anni novanta, è solo con il Piano sanitario nazionale 1998-2000, e successivamente con il decreto legge 229/1999, che le linee guida si conquistano una compiuta dignità come strumento per il miglioramento della qualità dell'assistenza.

È in questo contesto che ha preso anche avvio il Programma nazionale per l'elaborazione di linee guida (PNLG) che, coordinato dalla Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR) e dall'Istituto superiore di sanità (ISS) e contestualmente al Programma nazionale per la qualità, aveva il compito di definire gli strumenti attraverso cui imporre un'accelerazione all'attività di miglioramento qualitativo dei servizi (13-15).

Tabella 66. Esempi di linee guida prodotte a livello nazionale o regionale nel biennio '99-2000

argomento	tipo di prodotto	organismo responsabile	disponibile in formato
procedure di rivascolarizzazione coronarica	criteri di appropriatezza	agenzia servizi sanitari regionali	elettronico (www.assr.it)
uso appropriato esami preoperatori di routine	documento di indirizzo per implementazione di linee guida	agenzia servizi sanitari regionali	non ancora disponibile
rapido accesso alla diagnosi per il paziente con sospetta patologia oncologica.	documento di indirizzo per organizzazione dei servizi	agenzia servizi sanitari regionali	cartaceo ed elettronico (www.assr.it)
uso appropriato esami preoperatori di routine	linea guida	agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna	cartaceo
chirurgia cataratta	criteri di appropriatezza	agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna	cartaceo e data base
gestione del mal di schiena	revisione sistematica della letteratura e delle linee guida preesistenti	agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna	cartaceo (disponibile nel 2001)
linee guida clinica per il mal di schiena	linee guida	agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna	cartaceo
prevenzione, cura e riabilitazione stroke	linee guida	comitato creato ad hoc per produrre queste linee guida	cartaceo ed elettronico (www.spread.it)

Le linee guida nel contesto italiano. Le linee guida - come si è già detto - hanno vissuto alterne fortune, nella maggior parte dei casi lasciando alle proprie spalle qualche risultato sul piano culturale ma uno scarso impatto misurabile in termini di miglioramento delle modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza. Uno schematico tentativo di bilancio delle varie esperienze internazionali di produzione e implementazione di linee guida consente di evidenziarne i limiti, identificabili nei seguenti punti:

- sostanziale disattenzione per gli aspetti metodologici della elaborazione di linee guida, soprattutto laddove non si è investito per garantire un coordinamento (nazionale o regionale) anche delle attività di produzione locale (16);
- limiti delle strategie di sviluppo, nonostante la nota e documentata inefficacia della semplice attività di diffusione;
- scarsa, o nulla, capacità di impiego delle linee guida come strumento di comunicazione tra servizi (o meglio tra operatori) e utenti;
- assenza di una politica generale in grado di definire come le linee guida dovrebbero essere utilizzate, da chi e con quali finalità.

Nelle singole esperienze internazionali, le linee guida hanno assunto caratteristiche diverse a seconda dei contesti culturali e politico-amministrativi traducendosi o in attività di diffusione di informazioni non legata a meccanismi di audit o verifica (un approccio da alcuni definito "incitativo-promozionale") o, all'estremo opposto, in direttive tese a delimitare più rigidamente le opzioni diagnostico-terapeutiche accettabili (l'approccio da alcuni definito "normativo"). Di fronte a questa alternativa, il PNLG ha cercato di definire il ruolo delle linee guida e di stabilirne, almeno in termini generali, le regole di produzione e implementazione discostandosi sia dal primo sia dal secondo degli approcci sopra ricordati, e favorendo piut-

tosto l'uso delle linee guida come strumenti finalizzati alla valutazione della qualità delle prestazioni erogate dai servizi sulla base di principi scientificamente validi e condivisi dagli operatori. In pratica, questo significa vedere le linee guida non come direttive che ciascun operatore dovrebbe sentirsi vincolato ad applicare meccanicamente ai singoli pazienti, ma come indicatori attraverso i quali le prestazioni di team di operatori e dei servizi possano essere valutate (anche in modo comparativo) rispetto alla qualità medico-tecnica dell'assistenza fornita. Questa impostazione è parsa quella maggiormente fattibile perché in sintonia con la duplice esigenza di non ledere l'autonomia professionale del singolo medico ribadendone, tuttavia, le responsabilità (accountability) nei confronti del sistema all'interno del quale opera e degli utenti dei servizi.

Proprio perché questa linea culturale di fiducia e collaborazione con il mondo clinico e assistenziale richiede un forte rigore e trasparenza nei metodi di elaborazione e di sviluppo, la scelta del PNLG è stata di non limitarsi a delegare agli organismi scientifici della professione medica la produzione di linee guida, ma di concorrere a esplicitare delle regole con cui tale attività di produzione debba essere realizzata. La letteratura internazionale, da questo punto di vista, ha fornito esauriente documentazione del fatto che linee guida prodotte da singole società scientifiche, o comunque da gruppi monodisciplinari, sono spesso di qualità metodologica insoddisfacente (17), che la monodisciplinarietà crea inevitabilmente atteggiamenti "incrementali" e non privi di conflitti di interesse e che, infine, le linee guida sono spesso prodotte trascurando la necessità di offrire ai potenziali utenti raccomandazioni chiare, sintetiche e misurabili nel loro impatto (18). Tutti questi problemi rischiavano di essere particolarmente acuti nello scenario italiano, caratterizzato da un'estrema frammentazione della realtà medico-scientifica in una sin troppo ampia gamma di società specialistiche, talvolta in concorrenza e contrapposizione tra loro. Non a caso, l'esigenza di esplicitare quali dovrebbero essere i criteri metodologici sulla cui base impostare lo sviluppo di linee guida era già stata avvertita negli anni precedenti da parte di alcune organizzazioni medico-scientifiche (19).

Le attività di produzione e implementazione di linee guida nel biennio 1999-2000.

Nel periodo considerato le attività specifiche del PNLG si sono incentrate soprattutto nella definizione del quadro generale di tipo metodologico e operativo e nell'avvio di esperienze di collaborazione con società scientifiche.

Specificamente, si è lavorato alla produzione di tre tipi di documenti/elaborati (20) (tabella 66). Il primo è rappresentato da linee guida in senso stretto e riguardava la messa a punto di indicazioni/raccomandazioni per l'uso appropriato di specifiche procedure o interventi. Il secondo tipo è invece costituito da documenti - anche questi sviluppati in collaborazione con società scientifiche e professionali - finalizzati a esplorare le implicazioni organizzativo-gestionali della implementazione di specifiche linee guida. Il terzo, infine, è costituito da documenti di indirizzo per l'attività dei servizi sanitari, e ha la funzione di offrire raccomandazioni per l'ottimizzazione di prestazioni di documentata efficacia o necessità. Nel campo delle linee guida sono state definite le indicazioni per l'uso appropriato dell'angiografia coronarica e delle procedure di bypass e angioplastica coronarica in collaborazione con la Federazione italiana di cardiologia (21).

Il primo esempio di documenti mirati a facilitare l'implementazione di raccomandazioni/linee guida in aree dove esse già esistono e di prossima diffusione da parte della ASSR è quello relativo all'applicazione dei criteri di uso appropriato dei singoli esami diagno-

stici nella chirurgia elettiva. Infine, il documento sulla diagnostica oncologica ("Rapido accesso alla diagnosi per i pazienti con sospetta patologia oncologica") rappresenta il primo esempio di documento mirato a fornire indicazioni per il dimensionamento qualitativo e l'organizzazione di specifici servizi di riconosciuta necessità, quali quelli diagnostici per la patologia oncologica. Tale documento è disponibile sia in formato cartaceo sia su Internet (22).

Come contributo alle attività del PNLG è stato inoltre avviato, nella seconda metà del 2000, un progetto coordinato dall'Istituto superiore di sanità (ISS) e costituito dallo stesso ISS, dalla ASSR, dal Centro per la valutazione della efficacia della assistenza sanitaria (CeVEAS) di Modena e dalla Agenzia Zadig di Milano. Scopo di tale progetto è

- collaborare alla produzione di alcune delle linee guida prioritariamente definite nel PSN 1998-2000;
- mettere a punto un sito Internet del PNLG (www.PNLG.it) contenente informazioni comparative sulle principali linee guida esistenti a livello internazionale sugli argomenti prioritari del PSN 1998-2000;
- sperimentare modalità di diffusione delle informazioni delle linee guida nei confronti del pubblico.

Tale progetto inizierà a rendere disponibili i propri prodotti nel corso del 2001.

Un'altra iniziativa integrata con il PNLG è rappresentata da un progetto, finanziato nell'ambito del Programma ricerca sanitaria del Ministero della sanità (fondi 1999), denominato TRiPSS II (Trasferire i risultati della ricerca nella pratica dei servizi sanitari) e attivato nei primi mesi del 1999. Tale progetto coinvolge 26 aziende sanitarie di 9 Regioni italiane in attività di implementazione (e non quindi di produzione) di linee guida su interventi di documentata efficacia (screening mammografico, management dei tumori del colon, scompenso cardiaco, management del dolore toracico al momento dell'arrivo in pronto soccorso, diagnostica delle epatopatie, profilassi delle trombosi venose profonde, management del paziente con stroke, management del paziente con trauma cranico) (23). Il progetto è coordinato dal CeVEAS per quanto riguarda la messa a punto e attivazione dei singoli progetti aziendali e la scelta e valutazione critica delle linee guida già esistenti, a livello italiano o internazionale, da implementare nei singoli progetti. La fase di implementazione locale e di valutazione dei risultati occuperà il periodo 2001-2002.

Tra le iniziative con valenza nazionale promosse da organismi non appartenenti al Servizio sanitario nazionale va ricordata la linea guida sulla diagnostica e management dello stroke (denominata SPREAD, Stroke prevention and rehabilitation educational awareness demonstration) realizzata da un comitato ad hoc di esperti nel campo della neurologia, neuroepidemiologia, neuroriabilitazione, e diffusa sia in formato cartaceo sia mediante un apposito sito Internet (24) (<http://www.spread.it/>). Non risulta che per la linea guida SPREAD sia stata definita una specifica strategia o modalità di implementazione.

Per quanto riguarda iniziative a dimensione regionale o locale di produzione o implementazione di linee guida è più problematico offrire una panoramica esaustiva di quanto prodotto sul territorio nazionale. Tralasciando volutamente iniziative di messa a punto di linee guida da parte di singole aziende sanitarie, abbiamo cercato di riassumere alcune iniziative assunte dall'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, l'unica tra le agenzie regionali esistenti che già nel 1999 abbia assunto il terreno della produzione e adattamento locale di linee guida come parte integrante della propria attività. Restano purtroppo escluse da que-

sta schematica sintesi di linee guida prodotte a livello nazionale o regionale nel biennio 1999-2000, documenti messi a punto da singole aziende sanitarie locali, da società scientifiche o da altri gruppi professionali. Nella preparazione di questo capitolo si è comunque scelto di privilegiare documenti e prodotti che avessero un orizzonte almeno regionale, rimandando eventualmente a un momento successivo una ricognizione più analitica dell'esistente.

Conclusioni. Da questo rapido e necessariamente schematico excursus sullo sviluppo delle linee guida nel nostro Servizio sanitario nazionale emerge un quadro in evoluzione. La recente normativa - PSN 1998-2000 e decreto legge 229/1999 - definisce un quadro di riferimento normativo e organizzativo nel quale è possibile affidare alle linee guida - contestualmente alla definizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e alla messa a punto delle politiche per l'accreditamento - il ruolo di strumento di comunicazione tra mondo professionale, amministratori e utenti e, ancor più importante, di terreno di esplicitazione delle modalità ottimali di erogazione delle prestazioni riconosciute come diritto dei cittadini nell'ambito delle garanzie definite dai LEA.

Se sul terreno concreto della produzione o adattamento di linee guida va riconosciuto che si sarebbe potuto fare di più nel corso dell'ultimo biennio, è altrettanto vero che uno sforzo importante è stato fatto per promuovere il dibattito e la crescita sia culturale sia tecnica tra i professionisti e gli amministratori e per definire le regole entro le quali si potrà lavorare nei prossimi anni.

Ora che gli strumenti legislativi e normativi esistono, e che è possibile attivare in modo concreto quelle politiche incentivanti che paiono essere un requisito necessario, anche se non sufficiente, per il miglioramento della qualità, è auspicabile che nel corso degli anni a venire l'utilizzo delle linee guida nel Servizio sanitario nazionale possa offrire quel contributo al miglioramento della qualità e all'affermazione di maggiore trasparenza nei comportamenti che è fondamentale per la sopravvivenza stessa dell'idea di servizio sanitario nazionale nel momento in cui si dà avvio al federalismo sanitario e permane forte la sfida della sostenibilità economica del sistema.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Borowitz M et al. Controlling health care: from economic incentives to micro-clinical regulation. *Health Economics* 1993; 2: 201-4.
- 2) Chassin MR et al. Practice guidelines: best hope for quality improvement in the 1990s. *J Occupat Med* 1990; 32: 1199-206.
- 3) Day P et al. Hurdles and Levers. A comparative US-UK study of guidelines. London: Nuffield Trust, 1998.
- 4) Eddy DM. Three battles to watch in the 1990s. *JAMA* 1993; 270: 520-6.
- 5) Farmer A. Medical practice guidelines: lessons from the United States. *BMJ* 1993; 307: 313-7.
- 6) Grol R et al. Developing clinical practice guidelines: The European experience. *Dis Manage Health Outcomes* 1998; 4: 255-66.
- 7) Lomas J. Regulating limits to medicine: towards harmony in public-and-self-regulation. CHEPA, McMaster University, 1991.
- 8) Penna A et al. L'esperienza francese di produzione di linee-guida e le References Medicales Opposables. *ASI* 1998; 35-7.
- 9) Rawlins M. In pursuit of quality: the National Institute for Clinical Excellence. *Lancet* 1999; 353: 1082.
- 10) Shapiro DW et al. Containing costs while improving quality of care: the role of profiling and practice guidelines. *Annual Review of Public Health* 1993; 14: 219-41.
- 11) Woolf SH et al. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999; 318: 527-30.

- 12) Grilli R. A cosa servono le linee-guida? Spunti per una riflessione su alcune delle tensioni che attraversano la medicina. *Epidemiologia e Prevenzione* 1997; 21: 223-5.
- 13) Grilli R. Il Programma Nazionale per le Linee-guida. *Effective Health Care* (edizione italiana) 2000; 2.
- 14) Grilli R et al. Linee-guida: alcuni principi del Programma Nazionale. *Recenti Prog Med* 2000; 91: 341-3.
- 15) Grilli R. Verso l'efficacia e l'appropriatezza clinica: il programma nazionale per le linee-guida. *Epidemiologia e Prevenzione* 2000; 24: 54-6.
- 16) Hibble A et al. Guidelines in general practice: the new Tower of Babel? *BMJ* 1998; 317: 862-3.
- 17) Grilli R et al. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *Lancet* 2000; 355: 103-6.
- 18) Miller J et al. Development of practice guidelines. *Lancet* 2000; 355: 82-3.
- 19) Liberati A et al. Commissione "Linee-guida ed Indicatori di Qualità" della Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane. Raccomandazioni per la partecipazione delle Società Medico-Scientifiche alla produzione, disseminazione e valutazione di linee-guida di comportamento pratico. *QA* 1996; 7: 77-95.
- 20) Grilli R et al. Organizzazione, strumenti e metodi del Programma Nazionale per le Linee-guida. Roma: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, 2000.
- 21) Indicazioni per l'uso appropriato della coronarografia e degli interventi di rivascolarizzazione coronarica. Roma: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e Federazione Italiana di Cardiologia, 2000.
- 22) Grilli R et al. Rapido accesso alla diagnosi per il paziente con sospetta patologia oncologica, Roma: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, 2000.
- 23) Liberati A. Le aziende sanitarie e la sfida della appropriatezza. Al via il Progetto Tripps II. *Il Sole 24 Ore Sanità*, 23 novembre 2000.
- 24) Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. Ictus cerebrale Linee-guida italiane 1999 (<http://www.spread.it>).

LA QUALITÀ DELL'INFORMAZIONE SANITARIA

Quali sono gli strumenti adottati dal Servizio sanitario nazionale per informare i cittadini, che caratteristiche hanno e di che qualità sono?

Si tratta di questioni di centrale importanza, oggi che il consenso informato è diventato un vincolo etico e ineludibile. Esso coinvolge non soltanto l'attività professionale del singolo medico nel rapporto col singolo assistito, ma la stessa struttura organizzativa di un sistema sanitario modernamente concepito.

Allo scopo di fornire una pur parziale risposta a questo quesito, il Servizio studi e documentazione del Ministero della sanità ha commissionato uno studio per analizzare l'informazione erogata dal Servizio sanitario nazionale, i cui dati preliminari sono stati resi pubblici nel convegno "Le parole della salute" svoltosi a Modena il 14-15 giugno 2000. L'indagine, ora completata con l'analisi di tutto il materiale ricevuto, è stata condotta attraverso la raccolta e la valutazione, sia quantitativa sia qualitativa, degli strumenti informativi utilizzati dagli uffici relazioni con il pubblico (URP) e dagli uffici stampa delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e degli assessorati regionali.

Sono state contattate 373 strutture sanitarie (aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, assessorati regionali, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) di cui 153 (41 per cento) al Nord, 97 (26 per cento) al Centro, 80 (21 per cento) al Sud e 43 (11 per cento) nelle Isole. A questi enti è stato chiesto l'invio del materiale informativo prodotto. Per l'analisi si è deciso di concentrarsi su quello che è apparso più ricco e insieme diversificato, cioè riviste, opuscoli, bollettini, newsletter, periodici. Materiale che, in generale, si può definire giornalistico. Su di esso si è avviata la valutazione quantitativa. La valutazione qualitativa si è limitata al materiale informativo (sempre periodico) però rivolto al pub-

blico. Essa ha coinvolto nove giornalisti specializzati nell'area della sanità-salute (tre di costoro appartengono a quotidiani, due a riviste di sanità-salute, uno a un periodico di attualità e cultura, due ad agenzie giornalistiche, due sono freelance).

Nell'arco di due mesi (ottobre-novembre 1999) dei 373 enti hanno risposto, complessivamente, 188 strutture (50 per cento): 6 assessorati regionali, 16 istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e 166 aziende sanitarie (di cui 108 ASL e 58 aziende ospedaliere). Di queste 188, 83 sono situate al Nord, 44 al Centro, 36 al Sud, 25 nelle Isole. Non hanno risposto 185 strutture, di cui 68 del Nord, 56 del Centro, 40 del Sud e 21 delle Isole. Se la grande maggioranza degli enti che hanno partecipato allo studio produce una Carta dei servizi (175 su 188, cioè il 93 per cento), e cioè uno strumento informativo per così dire neutro, un buon numero, circa la metà, utilizza uno strumento che genericamente si può definire giornalistico: si sono contate 91 pubblicazioni periodiche (su 188 strutture, cioè il 48 per cento), di cui 36 rivolte al pubblico e 55 agli operatori. Oltre la metà delle pubblicazioni (57/91, 63 per cento) erano prodotte da ASL, 29 (32 per cento) da aziende ospedaliere e 5 (5 per cento) da IRCCS. Tra coloro che hanno risposto, il 18 per cento delle strutture del Nord pubblica materiale informativo periodico, rispetto al 27 per cento del Centro, al 16 per cento del Sud e al 12 per cento delle Isole (tabella 67).

La fase analitica dell'indagine è stata condotta su 63 riviste. Le restanti 28 sono infatti giunte oltre i termini previsti per l'inserimento nello studio, oppure, pur essendo indicate nel questionario, non ne è giunta copia.

Le pubblicazioni destinate al pubblico prese in esame sono state 29, quelle destinate al personale sanitario 34.

Periodici per il pubblico. Lo studio si è in particolare rivolto all'analisi delle pubblicazioni rivolte agli utenti: 29 pubblicazioni prodotte, di cui 14 appartengono a enti del Nord, 10 del Centro, 3 del Sud e 2 delle Isole. Più del 50 per cento sono mensili o bimestrali, una minoranza (poco più del 30 per cento) sono trimestrali o quadrimestrali. La tiratura è molto variabile, una quota considerevole (30 per cento) si colloca tra le 1.000 e le 5.000 copie, ma vi sono anche esempi di tirature più alte (il 20 per cento fino a 10.000 copie, il 10 fino a 50.000, un altro 15 per cento fino a 100.000).

Molte di queste pubblicazioni vengono distribuite direttamente nella struttura e nei suoi uffici (68 per cento), ma anche per abbonamento postale (65 per cento) e in misura minore tramite ambulatori e farmacie (34 per cento). La redazione nell'86 per cento dei casi è interna all'ente che fa da editore, nell'11 per cento è esterna, cioè si avvale di servizi editoriali, per il 7 per cento non c'è risposta. La maggior parte delle pubblicazioni (75 per cento) dichiara di avere almeno un giornalista interno alla redazione. Nella tabella 68 sono presentati i principali argomenti trattati sulle riviste destinate agli utenti. Soltanto in 6 riviste su 29 gli utenti sono coinvolti direttamente attraverso rubriche di lettere o spazi ad hoc.

Per quanto riguarda le risorse finanziarie, il 20 per cento dei periodici ha un budget annuale che non supera i cinque milioni di lire, il 7 per cento tra 5 e 10 milioni, il 20 per cento tra 15 e 30, il 4 per cento tra 50 e 80 e l'11 per cento supera gli 80 milioni. Il restante 38 per cento non risponde a questa domanda.

La pubblicità è presente nel 48 per cento delle riviste, con varie tipologie. Predominano le pubblicità di banche e assicurazioni, di aziende impegnate in forniture sanitarie e igiene ambientale, ma si trova anche pubblicità varia (di prodotti alimentari, di abbigliamento, di turismo). La valutazione dei giornalisti è stata in larga misura critica. Secondo i professioni-

Tabella 67. Strumenti prodotti da aziende sanitarie, ospedaliere e IRCCS

area	risposta strutture	carte dei servizi	riviste per il pubblico	riviste per operatori
Nord	83	94%	18%	26%
Centro	44	86%	27%	39%
Sud	36	94%	16%	33%
Isole	25	100%	12%	16%
totale	188	93%	19%	29%

Tabella 68. Principali argomenti affrontati nelle riviste destinate al pubblico

informazioni sull'attività aziendale	100%
comportamenti (analisi e consigli)	64%
prevenzione	51%
cause e cura di malattie	45%
diritti del malato	24%
volontariato	24%
liste d'attesa	14%
controlli di qualità	14%
costi/ticket	7%
esiti delle cure	3%

sti si notano scarsa attenzione e cura nello sforzo di divulgare e rendere accessibile al pubblico le notizie che riguardano lo sviluppo delle conoscenze e della pratica clinica in medicina e, più in generale, nell'ambito della sanità. È povera l'informazione su malattie di grande rilevanza sociale, come scarsa è quella sui temi della promozione della salute. In generale, lascia a desiderare anche l'informazione sui servizi forniti dagli stessi enti (a volte essa è confusa e poco comprensibile).

Manca quasi sempre un rapporto diretto col pubblico. In generale, si può dire che si tratta di un'informazione di mediocre qualità e, in larga misura, dal linguaggio paternalistico.

Interessante a questo proposito è stata la valutazione tecnica da un punto di vista prettamente giornalistico: anche quando la redazione dei periodici denuncia la presenza al suo interno di un giornalista, gli esperti dichiarano che questa specificità professionale non è riconoscibile. Anche dal punto di vista formale la qualità è scarsa: insufficiente cura redazionale, cattiva o mediocre grafica, linguaggio che non riesce a trovare una mediazione tra semplicismo banalizzatore e gergo medico incomprensibile al pubblico, anche di cultura medio-alta. In generale, poi, si nota la tendenza a pubblicare articoli autopromozionali di tono trionfalistico (oltre il 90 per cento dedica a notizie in qualche modo autoreferenziali spazi consistenti della foliazione) e di evitare argomenti delicati come le liste di attesa o il controllo di qualità, o anche solo, più semplicemente, di tralasciare la divulgazione degli orari dei servizi e degli ambulatori.

Periodici per medici o personale delle strutture. Delle 34 riviste analizzate, 14 sono

del Nord, 11 del Centro, 8 del Sud, e 1 delle Isole. Come nel caso delle riviste per utenti, la periodicità più frequente è bimestrale (38 per cento), seguita da quella trimestrale (23 per cento) e mensile (16 per cento).

La maggior parte delle riviste è recente: in oltre due terzi dei casi (73 per cento) la pubblicazione è iniziata negli ultimi tre anni. Tra le rimanenti 9 riviste censite, 2 vengono pubblicate da sei o sette anni, 1 da cinque, 1 da nove e 3 da oltre dieci. Infine, per 2 riviste non è stato possibile ottenere il dato. La tiratura non è alta: il 9 per cento stampa da 500 a 1.000 copie, il 62 per cento da 1.000 a 5.000, l'11 per cento da 5.000 a 10.000; il 7 per cento, infine, ha una tiratura inferiore alle 500 copie. Nell'11 per cento dei casi non è stato possibile ottenere il dato.

Conclusioni. Lo studio mostra un quadro critico dell'informazione fornita dal Servizio sanitario nazionale ai cittadini, soprattutto se si considera che questo è uno dei compiti istituzionali del Servizio pubblico.

La metà degli enti che hanno risposto ha comunque una pubblicazione periodica e gran parte ricorre anche ad altro tipo di materiale informativo (depliant, pieghevoli, eccetera). È presente dunque, almeno nella metà degli enti, la consapevolezza dell'importanza dell'informazione. Va detto che si tratta di una consapevolezza che è in buona parte maturata di recente (la maggioranza delle pubblicazioni riservate al pubblico ha uno o due anni di vita), e che in alcuni casi ha coinvolto investimenti consistenti. Tuttavia, questa consapevolezza non si traduce in un adeguato impegno informativo. La qualità dei contenuti è mediocre e la cura redazionale è scarsa e in larga misura dilettantesca. In generale, poi, non si nota, tra le riviste, una linea editoriale precisa, una strategia informativa predefinita. Soprattutto, si rileva un'insufficiente attenzione ad approfondire temi di grande interesse per gli utenti, come la prevenzione, la promozione della salute e l'automedicazione ragionata. In più, si avverte una certa reticenza nelle informazioni su argomenti delicati e impegnativi (liste d'attesa, per esempio) e un'enfasi, a volte grossolana, nel promuovere servizi e iniziative propri.

Le attività di raccolta e analisi dei reclami presenti in quasi tutte le aziende devono essere raccordate a livello nazionale e i dati, assieme a quelli sulla soddisfazione degli utenti, devono essere utilizzati, attraverso adeguate procedure, per orientare l'attività legislativa e programmatica nazionale e regionale.

Oltre al potenziamento dei singoli strumenti è necessario stabilire meccanismi di integrazione tra attività di comunicazione, rilevazione di soddisfazione degli utenti, di raccolta di reclami e attività di semplificazione degli aspetti burocratici e amministrativi per sviluppare un'attitudine di attenzione e premura verso gli utenti.

ACCREDITAMENTO

L'accreditamento è un processo di valutazione, sistematico e periodico, svolto da un organismo esterno con l'obiettivo di verificare l'adesione a predeterminati requisiti in relazione alla qualità dell'assistenza; è normalmente avviato su base volontaria ma può essere richiesto come requisito per poter operare nell'ambito di servizi sanitari pubblici e in tal caso è regolato e gestito da organismi governativi. È uno strumento che incentiva l'autovalutazione e il miglioramento; è basato su criteri periodicamente aggiornati con il contributo di

società scientifiche, associazioni professionali ed esperti di settore; è effettuato da visitatori esperti la cui attività, al di là del carattere ispettivo, può costituire un supporto utile al raggiungimento di obiettivi prefissati e condivisi. In Italia, l'accreditamento istituzionale è obbligatorio per poter essere ammessi al finanziamento da parte del Servizio sanitario nazionale, viene riconosciuto dal governo regionale e ha lo scopo di individuare, sulla base di predefiniti criteri di qualità, i soggetti erogatori per conto del SSN e quindi i potenziali erogatori di prestazioni sanitarie a carico dello stesso.

I presupposti per questo modello di accreditamento erano già presenti nel DL 502 del 1992, laddove si stabiliva la necessità di adottare provvedimenti destinati a sostituire le vecchie convenzioni; successivamente il DL 517 del 1993 indicava l'accreditamento quale criterio su cui fondare i nuovi rapporti, insieme alle modalità di pagamento a prestazione e all'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate. Più recentemente, il Piano sanitario nazionale 1998-2000 individua l'accreditamento come il principale strumento per rispondere all'esigenza di operare il processo di selezione degli erogatori attraverso criteri di qualità dell'assistenza e il DL 229 del 19 giugno 1999, che modifica il DL 502/92, lo definisce più puntualmente, fornendone anche le linee applicative. L'art. 8-quater, comma 1, di quest'ultimo stabilisce: "L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. (...)".

Sono qui evidenziati gli elementi peculiari del modello italiano: la regione è l'organismo governativo che rilascia l'accreditamento a soggetti pubblici o privati che intendano operare nell'ambito del SSN; l'autorizzazione costituisce, per le strutture, prerequisito essenziale per la richiesta di accreditamento; l'accreditamento è condizionato sia dal vincolo della programmazione regionale sia dalla rispondenza a specifici requisiti di qualità, riferiti alle caratteristiche di struttura e all'organizzazione - relativi cioè alle potenziali capacità produttive - nonché alla valutazione dell'attività effettivamente svolta.

L'accreditamento è quindi collocato all'interno di un percorso che, a partire dall'autorizzazione - alla realizzazione e all'esercizio, quest'ultima normata dal DPR 14 gennaio 1997 - abilita alla stipula di specifici accordi contrattuali per l'erogazione di prestazioni a carico del SSN (figura 75).

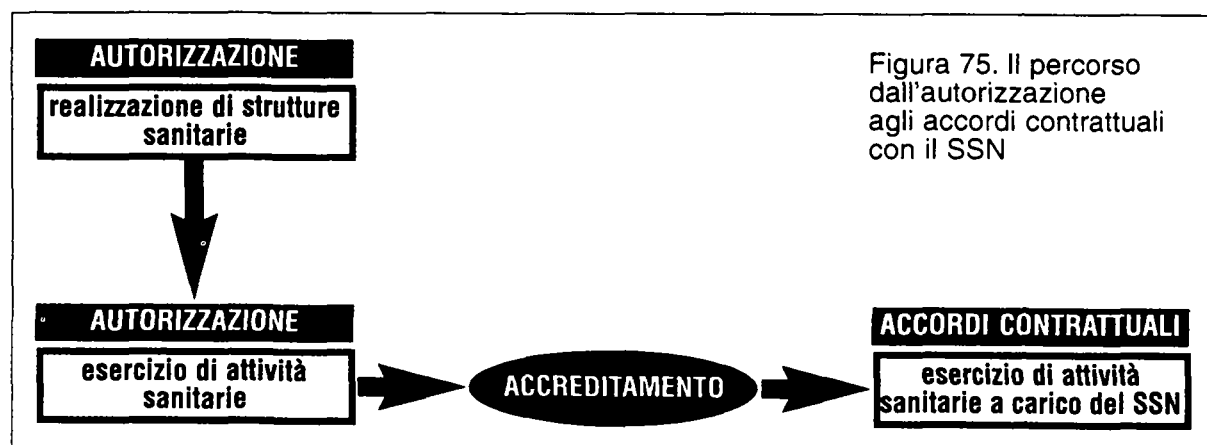


Figura 75. Il percorso dall'autorizzazione agli accordi contrattuali con il SSN

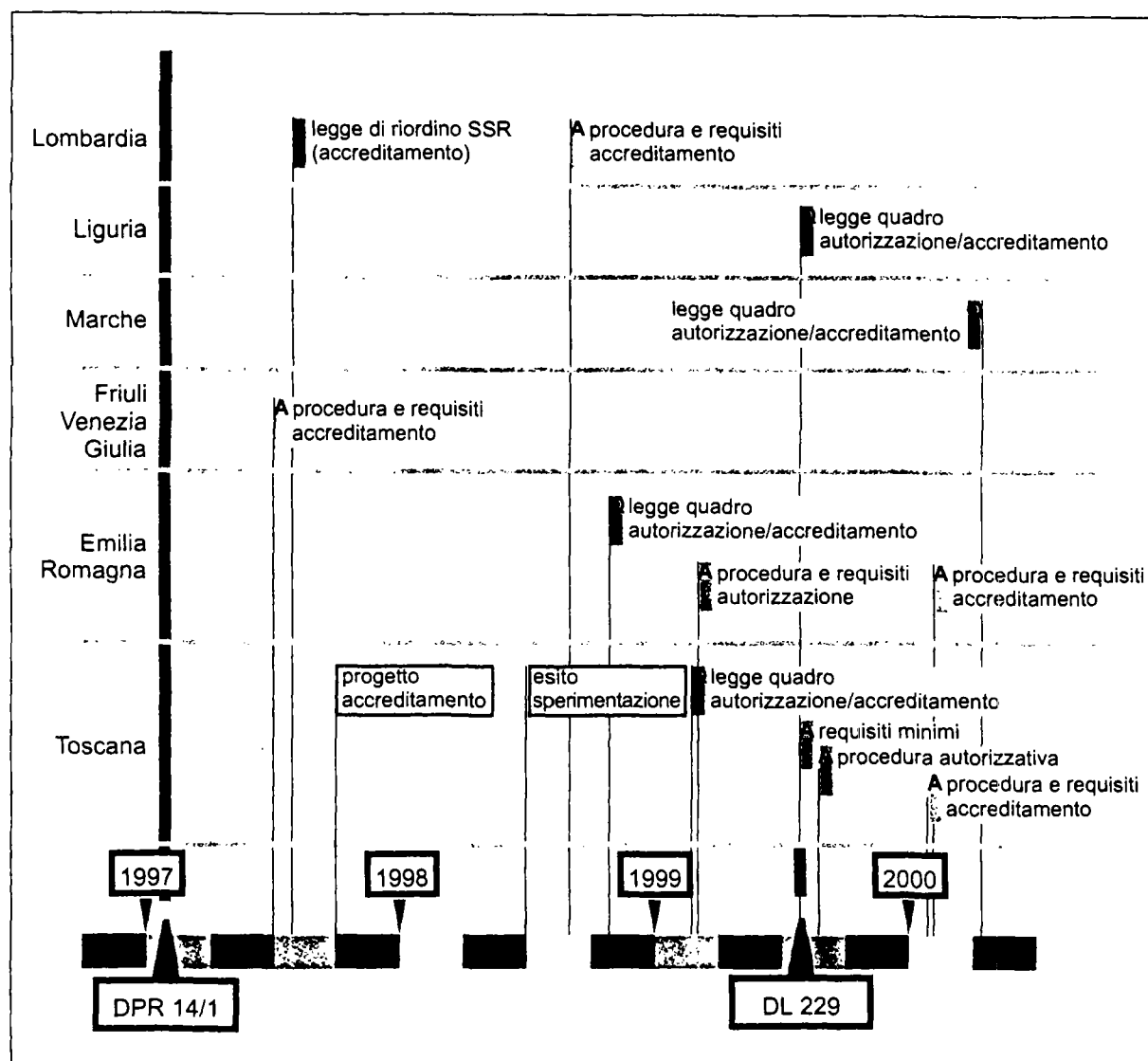
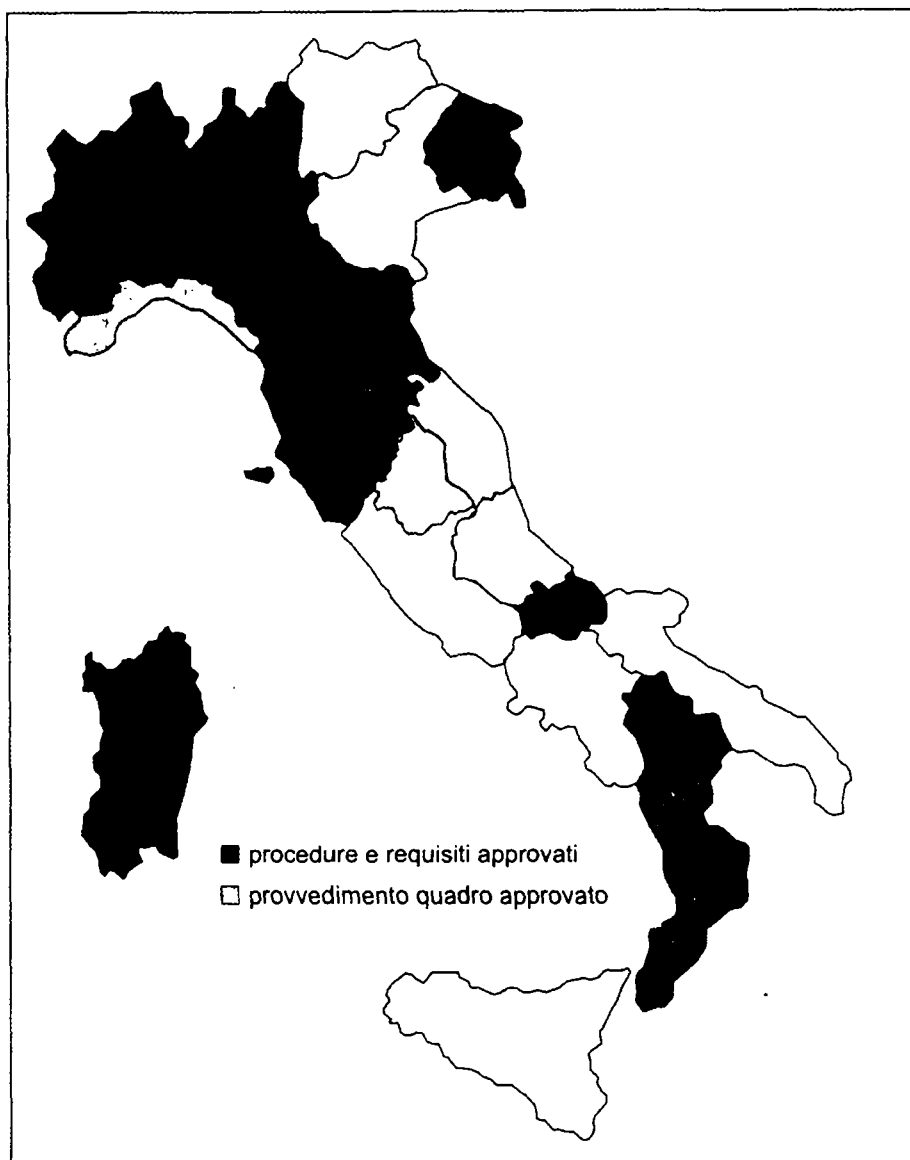


Figura 76. Percorso normativo dell'accreditamento in 6 regioni

La verifica della rispondenza ai requisiti presuppone l'intervento di soggetti appositamente formati, che garantiscano una specifica competenza tecnica e per i quali siano poste in essere condizioni tali da assicurare imparzialità e trasparenza nelle valutazioni. A questo scopo, il decreto prevede l'istituzione, presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), di un'apposita Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari, composta da dieci esperti di comprovata esperienza nei settori dell'organizzazione e programmazione dei servizi, economia, edilizia e sicurezza che dovrà definire i requisiti per l'individuazione da parte delle regioni dei soggetti preposti alle verifiche, oltre che effettuare, in collaborazione con le analoghe Commissioni regionali, il monitoraggio e la valutazione dei diversi modelli regionali di accreditamento.

Allo scopo di garantire, sul territorio nazionale, una base omogenea riguardo all'accreditamento, il decreto prevede l'emanazione di un atto di indirizzo e coordinamento relativamente alle procedure di concessione e ai requisiti, nonché ai criteri per la verifica della rispondenza al fabbisogno e alla funzionalità della programmazione regionale.

Figura 77.
Lo stato
di attuazione
dell'accreditamento
nelle diverse
regioni



Tra i criteri e i principi direttivi, di riferimento per i provvedimenti attuativi regionali, particolare attenzione è posta al miglioramento complessivo della qualità dei servizi e delle strutture attraverso strumenti volti al coinvolgimento degli operatori nelle attività di verifica della pratica professionale. Queste forme di valutazione interna si affiancano a un sistema di controllo esterno, definito dalla regione, riguardante soprattutto accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa, continuità assistenziale.

Nello stesso ambito si inserisce anche la garanzia del rispetto, da parte dei soggetti richiedenti l'accreditamento, dei principi contenuti nel DPCM del 19 maggio 1995 relativi alla Carta dei servizi sanitari, allo scopo di fornire chiare e complete informazioni all'utenza, coinvolgendola nel miglioramento dei servizi, con particolare riferimento all'accessibilità e alla valutazione dell'attività. Altri criteri nella definizione dei requisiti provvedono ad assicurare che tutte le strutture accreditate possano disporre di adeguate condizioni di organizzazione interna, dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate oltre che di personale qualificato e in numero adeguato.

L'accreditamento istituzionale dei professionisti presuppone l'adesione a una serie di requisiti correlati alla specifica esperienza professionale ed al conseguimento di crediti formativi acquisiti nell'ambito di specifici programmi di formazione continua. Quest'ultima è intesa come insieme di aggiornamento professionale e formazione permanente e consiste in attività di qualificazione specifica, per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, soggiorni di studio e attività di ricerca. I programmi previsti in tale ambito sono finalizzati agli obiettivi prioritari della pianificazione sanitaria nazionale e regionale, secondo le modalità indicate da un'apposita commissione nazionale. La commissione definisce gli obiettivi generali di formazione e i crediti formativi che dovranno essere maturati dai professionisti e fornisce indirizzi per l'organizzazione dei programmi di formazione, a livello regionale, oltre che i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative; la commissione definisce anche i requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche e dei soggetti che svolgono attività di formazione con mandato anche di verificare la sussistenza degli stessi. Riguardo all'accreditamento dei professionisti che prestano la propria attività all'interno di strutture accreditate, sono queste ultime a garantire il possesso e la persistenza dei requisiti richiesti; che tale condizione sia soddisfatta costituisce, per la struttura, requisito essenziale per ottenere e mantenere l'accreditamento.

Lo stato di attuazione. Il DL 229/99, all'art. 19-bis, nell'istituire la Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari, attribuisce all'Agenzia per i servizi sanitari regionali compiti di supporto tecnico per le attività di valutazione dell'attuazione del modello di accreditamento a livello nazionale; le indicazioni della Conferenza unificata del 16 dicembre 1999, nel ribadire tale ruolo, attribuiscono all'ASSR anche il compito di elaborare i principi e i criteri generali per l'accreditamento istituzionale.

Dall'analisi dei documenti normativi regionali, attraverso l'esame di procedure e requisiti, sono emersi elementi per la definizione dello stato di attuazione dell'istituto dell'accreditamento oltre che per la predisposizione dei documenti di supporto alla elaborazione dell'atto di indirizzo.

Il percorso normativo risulta estremamente diversificato per modalità e tempi, in quelle realtà in cui riflessioni e approfondimenti sul tema si sono sviluppate a partire dall'emanazione del DL 517/93, che investiva le regioni riguardo alla definizione delle modalità per l'instaurazione dei nuovi rapporti fondati sull'accreditamento (figure 76 e 77).

Il Friuli Venezia Giulia nel 1997 ha approvato procedure e requisiti per l'accreditamento delle strutture ambulatoriali e, ad oggi, per questa tipologia, ha già accreditato tutte le strutture private e parte delle pubbliche; sempre nel 1997 la Lombardia, in una legge di riordino del Servizio sanitario regionale, ha dato i primi indirizzi in materia di accreditamento formalizzandoli successivamente in una delibera attuativa del 1998 con la quale viene operativamente avviato il processo.

Emilia Romagna, Liguria, Marche, Toscana e Piemonte hanno considerato autorizzazione e accreditamento parte di uno stesso percorso di qualificazione dei servizi sanitari, emanando un provvedimento quadro unico, seguito in alcuni casi da delibere attuative sia in materia di procedure che di requisiti; in alcune di queste realtà l'approvazione definitiva dei requisiti ulteriori ha fatto seguito a programmi di condivisione e sperimentazione, sia all'interno di strutture pubbliche che private. Altre regioni - Valle d'Aosta, Molise, Basilicata, Calabria, Sardegna - nel normare l'accreditamento hanno definito, con provvedimento unico, sia le procedure che i requisiti, seppure con diversi livelli di completezza.

RIFERIMENTI NORMATIVI

DL 502 del 30 dicembre 1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, 421"

DL 517 del 7 dicembre 1993 "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, 421"

DPR del 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"

L 419 del 30 novembre 1998 "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al D.Lgs. 30 dicembre 1992, 502"

DL 229 del 19 giugno 1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, 419"

DGR 1852 del 20 giugno 1997 "Decreto legislativo 502/1992, articolo 8, comma 7 - Accredimento delle strutture pubbliche e private. Approvazione requisiti e procedura" — Friuli V.G.

DGR 3428 del 24 giugno 1997 "Accreditamento transitorio delle strutture di ricovero e cura e centri di riabilitazione sociosanitaria" — Calabria

LR 31 dell'11 luglio 1997 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali" — Lombardia

DGR 980 dell'1 settembre 1997 "Approvazione progetto regionale denominato "Progetto Accredimento" — Toscana

DGR 4458 dell'1 dicembre 1997 "Applicazione del D.P.R. 14.01.1997 in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private e ricognizione delle strutture e soggetti temporaneamente accreditati alla data dell'01/01/1997" — Valle d'Aosta

LR 3 del 20 gennaio 1998 "Ordinamento del sistema sanitario regionale" — Umbria

Regolamento concernente "Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private ai sensi dell'art. 43 della L.P. 3 febbraio 1998, 3" — Trento

DGR 135 del 19 febbraio 1998 "DLvo 502/1992 modificato con DLvo 517/93, art. 8, co. 3 e 4, L. 23/12/1994 724, art. 6, co. 6; L. 28/12/95 549, art. 2; DPR 24/1/97 37; adempimenti ai fini dell'accREDITamento delle strutture pubbliche e private" — Puglia

LP 3 del 23 febbraio 1998 "Misure collegate con la manovra di bilancio di previsione per l'anno 1998" — Trento

Proposta di deliberazione 593 del 18 maggio 1998 "DPR 14.1.1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private-disposizioni di attuazione" — Piemonte

DGR 26/21 del 4 giugno 1998 "Requisiti e procedure per l'accREDITamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del D.P.R. 14/1/97" — Sardegna

DGR 898 del 22 giugno 1998 "D.Lvo 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, legge 724/1994 e legge 549/1995, DPR 24 gennaio 1997: costituzione commissione di studio per l'accREDITamento delle strutture sanitarie pubbliche e private" — Molise

DGR 706 del 29 giugno 1998 "Progetto Accredimento: Esito Sperimentazione" — Toscana DGR 2974 del 14 luglio 1998 "DPR 14/1/97 37. Linee di guida per l'autovalutazione e accREDITamento delle strutture sanitarie, approvazione, adempimenti conseguenti" — Puglia

LR 62 del 28 luglio 1998 "Recepimento Atto di Indirizzo e Coordinamento contenuto nel DPR 14 gennaio 1997 avente per oggetto 'Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private'" — Abruzzo

DGR 6/38133 del 6 agosto 1998 "Attuazione dell'articolo 12, comma 3, della legge regionale 11.7.97, 31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accREDITamento delle strutture sanitarie" — Lombardia

DGR 3841 dell'1 ottobre 1998 "Deliberazione di Giunta regionale 135 del 19.02.98 Modifica ed integrazione in ordine all'accREDITamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. DLvo 502/92; DLvo 517/93; L. 724/94; L. 549/95; DPR 14.01.9737" — Puglia

LR 34 del 12 ottobre 1998 "Norme in materia di autorizzazione e accREDITamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14 gennaio 1997, nonché di funzionamento di strutture pubbliche e private che svolgono attività sociosanitaria e socio-assistenziale" — Emilia Romagna

DGR 4021 del 9 novembre 1998 "Approvazione di indirizzi e procedure per l'accERTamento e la verifica dei requisiti minimi di cui al DPR 14.1.1997 nonché per l'accREDITamento di strutture sanitarie pubbliche e private e di professionisti che erogano prestazioni sanitarie ai sensi del DLvo 502/92 e successive modificazioni e integra-

zioni. Revoca della deliberazione 3570/98" — Valle d'Aosta

DGR 125 dell'8 febbraio 1999 "Primi provvedimenti applicativi della LR 34/1998" — Emilia Romagna

DGR 133 del 15 febbraio 1999 "Accreditamento delle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni in regime ambulatoriale, di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti e delle strutture che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno - Approvazione requisiti e procedure" — Calabria

LR 8 del 23 febbraio 1999 "Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento" — Toscana

DGP 582 dell'1 marzo 1999 "Linee guida provvisorie per l'attivazione del processo di accreditamento delle strutture sanitarie private" — Bolzano

DGR 453 del 12 aprile 1999 "Decreto legislativo 30 dicembre 1992, 502 e successive modificazioni ed integrazioni. Art. 8: Requisiti e procedure per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie pubbliche e private e procedure per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria" — Molise

DGR 1318 del 15 giugno 1999 "AccREDITAMENTO delle strutture pubbliche e private. Approvazione dei requisiti minimi e procedure ai sensi dell'art. 8 comma 7 del D.Lgs 502/1992" — Basilicata

DCR 221 del 26 luglio 1999 "Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture pubbliche e private per l'esercizio delle attività sanitarie" — Toscana

LR 20 del 30 luglio 1999 "Norme in materia di autorizzazione, vigilanza e accREDITAMENTO per i presidi sanitari e sociosanitari, pubblici e privati. Recepimento del DPR 14 gennaio 1997" — Liguria

DGR 944 del 9 agosto 1999 "Determinazione modalità di presentazione della domanda di autorizzazione e documentazione da allegare" — Toscana

DCR 30 dell'1 febbraio 2000 "Approvazione requisiti, manuali e procedure di accREDITAMENTO ai sensi della LR 23 febbraio 1999, 8 e successive modifiche e integrazioni" — Toscana

DGR 594 dell'1 marzo 2000 "Requisiti generali e specifici per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie dell'Emilia Romagna" — Emilia Romagna

LR 20 del 16 marzo 2000 "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accREDITAMENTO istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private" — Marche

PAGINA BIANCA

III PARTE

**ATTIVARE IL PIANO SANITARIO NAZIONALE
E VALUTARNE L'IMPATTO**

LE INDICAZIONI DELLA PROGRAMMAZIONE

PAGINA BIANCA

Attivare il Piano sanitario nazionale e valutarne l'impatto

L'adozione del Piano sanitario nazionale ha costituito un momento di grande novità all'interno del sistema di assistenza del Paese. E anche una sfida. Occorre infatti fare del PSN una opportunità operativa e strategica per tutti coloro che operano nel SSN. Uno strumento in grado di fornire all'operatore sanitario la misura di ciò che è stato fatto e gli obiettivi che devono essere raggiunti.

LO STATO DELLA SALUTE IN ITALIA A CONFRONTO CON GLI ALTRI STATI EUROPEI

Una società che invecchia. Uno dei segni più evidenti del successo delle politiche sanitarie in Italia è rappresentato dal notevole invecchiamento della popolazione registrato negli ultimi decenni e destinato ad aumentare ulteriormente in futuro. L'Italia è, infatti, divenuta il paese più vecchio d'Europa e del mondo, con una chiara tendenza all'aumento dell'invecchiamento da Sud a Nord (l'indice d'invecchiamento del Nord è circa a 2 volte quello del Sud). Il dato di riferimento è il cosiddetto indice di vecchiaia che si ottiene dividendo la popolazione di 65 anni o più per la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni (per 100). L'indice di vecchiaia è di 111 ed è di gran lunga il più alto in Europa.

L'attuale invecchiamento della popolazione italiana risulta dall'effetto combinato di due fattori principali: l'aumento della longevità, e la riduzione della natalità.

Occorre comunque segnalare che per motivi metodologici di confronto con gli altri paesi della Comunità i dati utilizzati per i vari confronti sono omogenei tra i vari paesi e si riferiscono agli ultimi dati disponibili per l'intera comunità, anche se per l'Italia sono specificamente presenti dati più aggiornati, per i quali si rimanda ai capitoli di trattazione specifica delle varie tematiche.

Allungamento della vita. Il notevole incremento dell'attesa di vita alla nascita che si è verificato in Italia in misura maggiore della media dell'Unione europea a partire dal 1970 è illustrato nella figura 1 per le donne e nella figura 2 per gli uomini. Dati OMS preliminari relativi al 1998 indicano un'attesa di vita di 75 anni per gli uomini e di 81 anni per le donne rispetto alle medie europee di 74 e 80 anni, rispettivamente. Analogamente, anche l'attesa di vita a 65 anni in Italia ha evidenziato la tendenza a un progressivo rialzo dal 1970 per entrambi i sessi: nel corso degli 11 anni fra il 1983 e il 1993, la speranza di vita a 65 anni è aumentata di 2,3 anni per le donne (+13,5 per cento) e di 2 anni per gli uomini (+14,5 per cento).

La maggiore longevità in Italia è soprattutto associata alla:

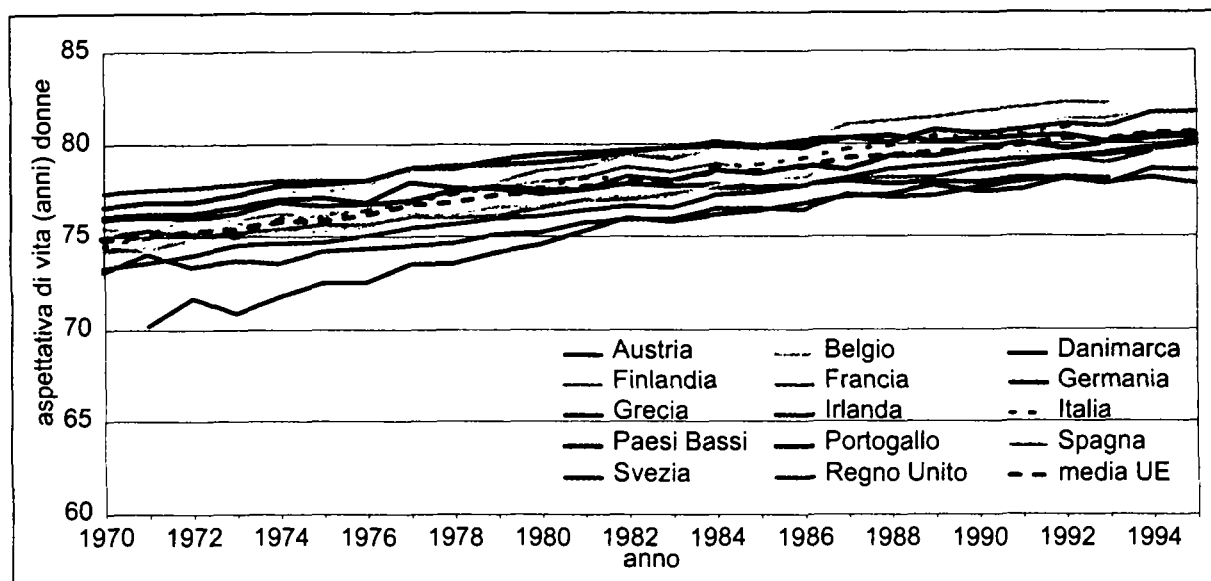


Figura 1. Aspettativa di vita dalla nascita in Europa (femmine)

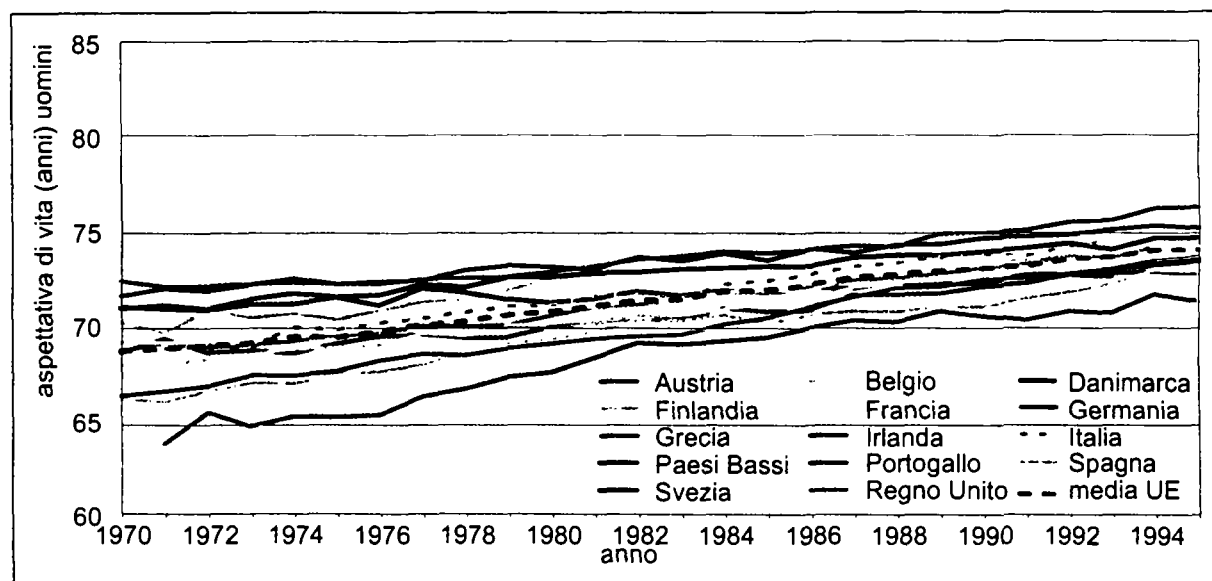


Figura 2. Aspettativa di vita dalla nascita in Europa (maschi)

● diminuzione della mortalità per malattie cardiovascolari a tutte le età, particolarmente nella fascia di età inferiore a 65 anni; e

● minore mortalità prematura per cancro nelle persone di età inferiore a 65 anni.

Pur rimanendo la principale causa di morte, le malattie cardiovascolari nella fascia di popolazione compresa tra 0 e 64 anni hanno mostrato una diminuzione dal 1970 in poi che, in Italia, è stata maggiore, soprattutto per le donne, rispetto alla media dell'Unione europea (figure 3 e 4). Più precisamente, i tassi di mortalità per malattie ischemiche cardiache sono più bassi in Italia rispetto agli altri Paesi dell'UE mentre la mortalità per malattie cerebrovascolari presenta tassi simili alla media.

Anche se i successi contro il cancro non sono in alcun modo comparabili a quelli contro le malattie cardiovascolari (figura 5, mortalità femminile e figura 6, mortalità maschile), il tasso

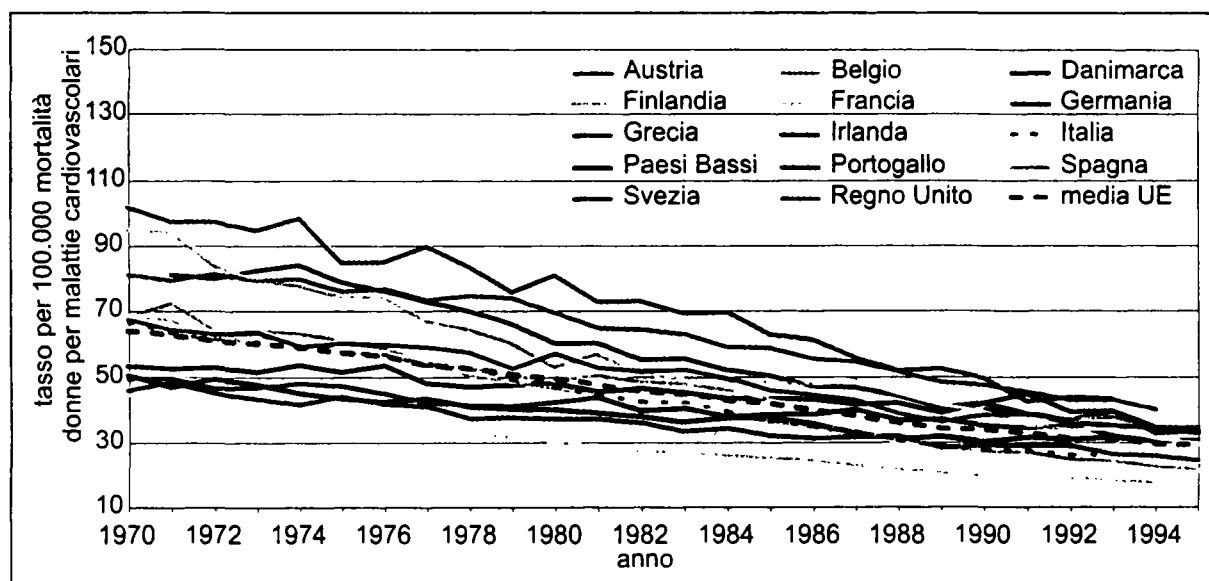


Figura 3. Mortalità per malattie cardiovascolari in Europa (femmine)

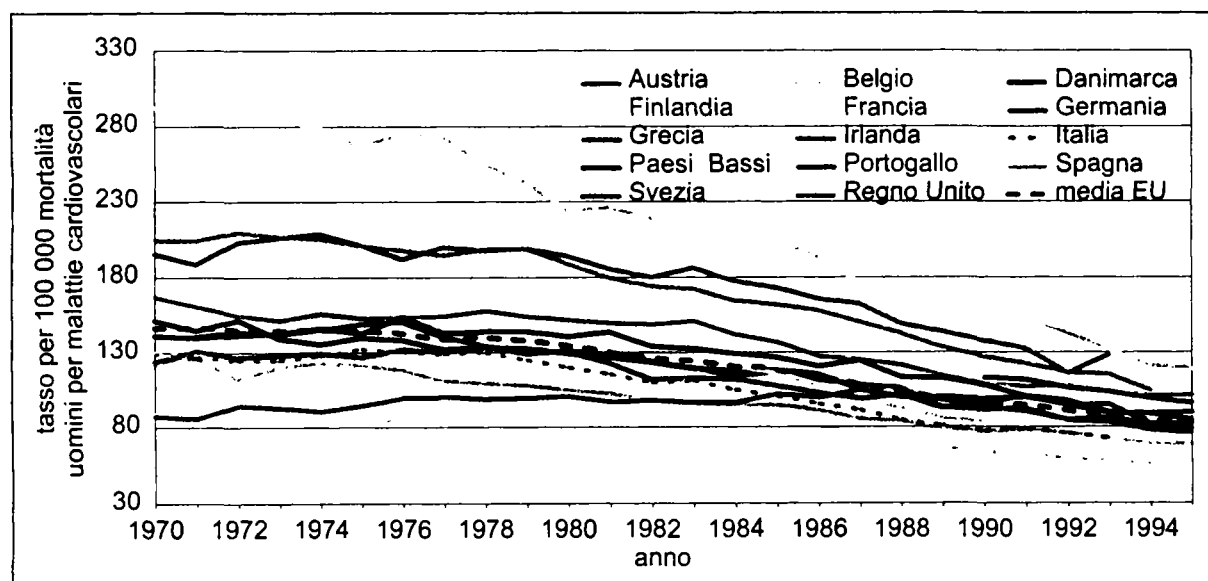


Figura 4. Mortalità per malattie cardiovascolari in Europa (maschi)

di mortalità maschile per tutti i tipi di cancro (età 0-64 anni) e quelli relativi al cancro al polmone sono in diminuzione; inoltre, il tasso di mortalità femminile (gruppo di età 0-64) è al di sotto della media della UE, sia per tutti i tipi di cancro sia per il cancro del polmone. Sia per il sesso maschile che per quello femminile, l'Italia ha mostrato una delle più consistenti diminuzioni dei tassi di mortalità per tutti i tipi di cancro e uno dei minori aumenti per il cancro del polmone nelle donne.

Per quanto riguarda le malattie respiratorie croniche negli ultimi 20 anni si è registrata una costante diminuzione della mortalità per le malattie del sistema respiratorio nei paesi dell'UE; l'Italia mostra bassi tassi di mortalità (circa il 6 per cento della mortalità totale), al di sotto della media europea.

Se le attuali tendenze positive continueranno, la percentuale della popolazione di età

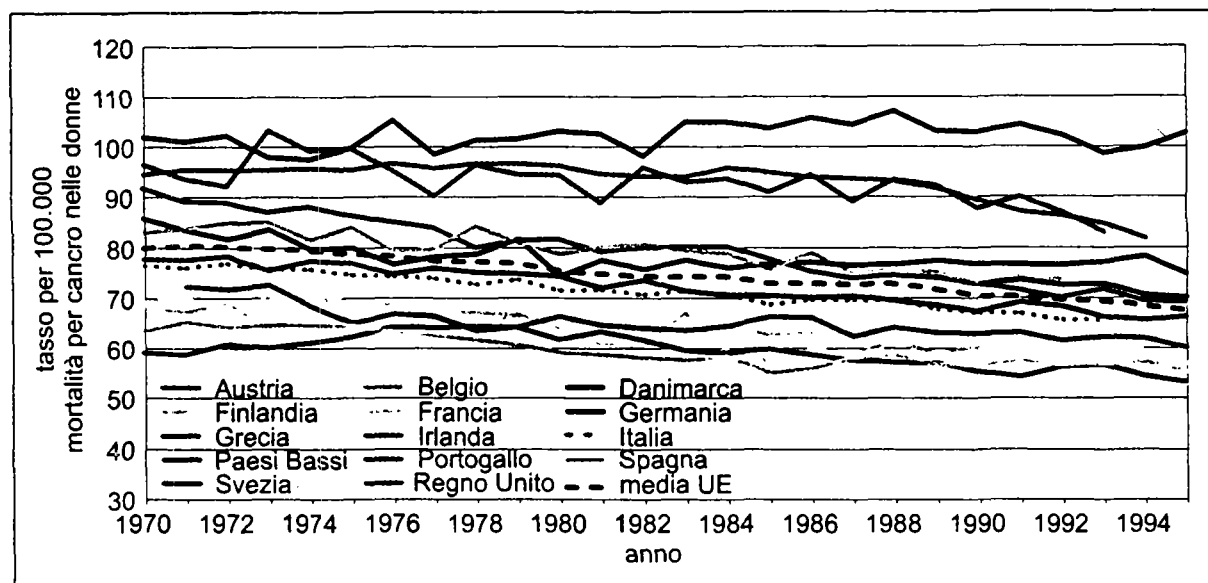


Figura 5. Mortalità per tumori in Europa (femmine)

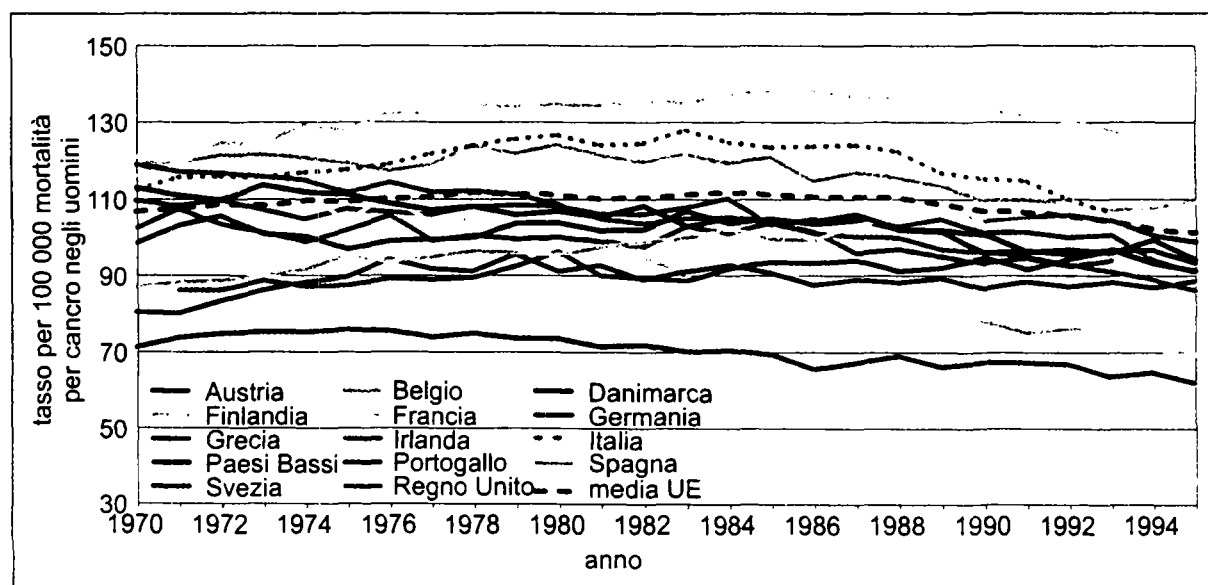


Figura 6. Mortalità per tumori in Europa (maschi)

maggiore di 64 anni è destinata a crescere ulteriormente in futuro in Italia fino a raggiungere una percentuale vicina al 30 per cento circa del totale rispetto al valore attuale pari a 16,8 per cento. Anche se, nel quadro generale dell'incremento citato, la longevità dei maschi tende a essere più bassa di quella delle donne, in effetti le differenze risultano inferiori (2 anni invece di 4) se si prende in esame la cosiddetta attesa di vita priva di disabilità, invece che la semplice attesa di vita. Per esempio all'età di 65 anni un italiano ha una aspettativa di vita esente da disabilità di 12 anni contro i 10 di un francese e gli otto di un britannico, mentre una italiana ne ha una di 14 contro i 12 di una francese e i 9 di una britannica.

È particolarmente notevole anche il fatto che in media circa il 76 per cento degli italiani percepisca la propria salute come buona. Anche per quanto riguarda la salute mentale, uno

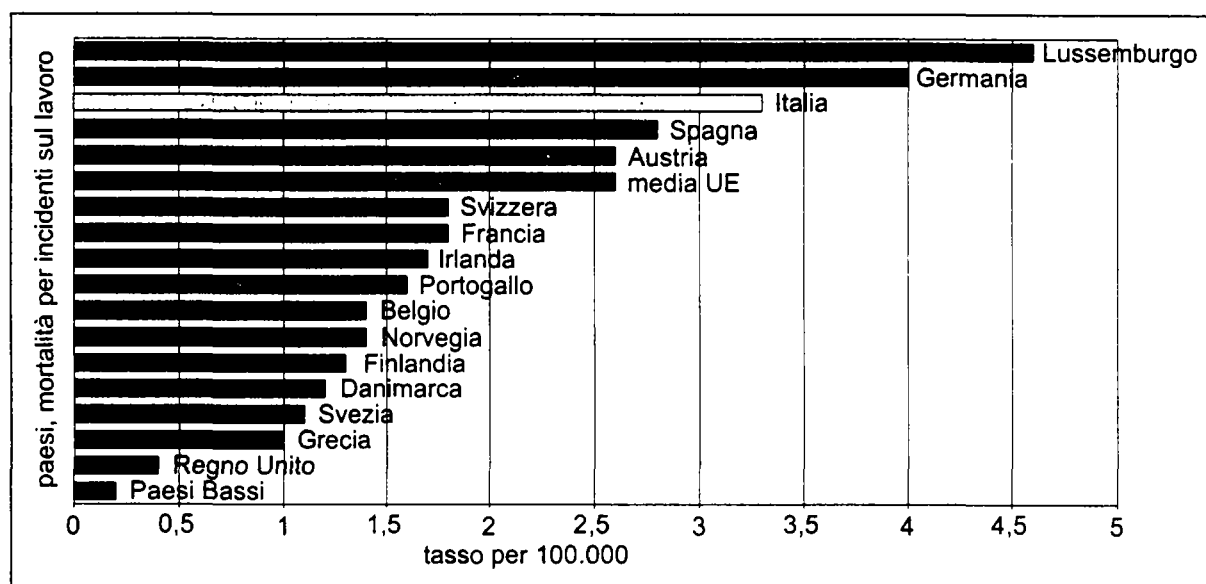


Figura 7. Mortalità per incidenti sul lavoro in Europa

studio nazionale, effettuato tra il 1987 e 1991, colloca la prevalenza dei problemi di salute mentale in Italia a un valore pari a 2,8 per cento intermedio tra i valori di 1 per cento e 6 per cento registrati in Europa.

Diminuzione della natalità e situazione perinatale. Il tasso di natalità in Italia è attualmente il più basso tra i Paesi europei e il più basso nel mondo. Il tasso di fertilità è diminuito drasticamente a partire dalla fine degli anni sessanta, raggiungendo il valore stabile di circa 1,2 bambini per ogni donna in età fertile durante gli ultimi anni, molto al di sotto del "livello di sostituzione" di 2,1 (vedere anche capitolo sulla struttura demografica della popolazione). Questa tendenza indica quanto grandi siano state le trasformazioni sociali e culturali intervenute negli ultimi decenni nella nostra società.

Come la maggior parte dei Paesi europei occidentali, l'Italia ha raggiunto, a livello nazionale, l'obiettivo della salute per tutti dell'OMS di un tasso di mortalità infantile inferiore a 10 per mille nati vivi. Nel 1994, il tasso italiano di mortalità infantile era di 6,4 per mille nati vivi, un valore di pochissimo superiore alla media dei Paesi europei di quell'anno che era di 6,18 per mille nati vivi, conseguito con una diminuzione di più del 50 per cento rispetto al valore del 1980 del tasso di mortalità infantile. Si tratta di uno dei più grandi miglioramenti registrati nell'Europa occidentale durante questo periodo, miglioramento che negli anni successivi è andato incrementandosi portando il tasso di mortalità infantile nel 1997 al 6 per cento per i maschi e al 5,2 per le femmine. Notevoli miglioramenti sono in ogni caso ancora possibili particolarmente in alcune Regioni meridionali dove la mortalità infantile è intorno all'8 per mille (Basilicata, Calabria, Sicilia) (vedi anche capitolo sulla speranza di vita e mortalità).

Anche per quanto riguarda bambini sottopeso alla nascita, i dati per l'Italia sono del tutto in linea con le medie dei paesi dell'Unione Europea. In Italia, la frequenza di bambini sottopeso (< 2.500 grammi) alla nascita era del 4,7 per cento nel 1995 (nell'Unione Europea questo tasso varia dal 4 per cento per Francia, Irlanda e Spagna al 7 per cento del Regno Unito).

La lotta contro alcuni agenti infettivi. Per quanto riguarda le malattie infettive, l'obiettivo dell'eradicazione è stato raggiunto in Italia per la poliomielite e il tetano neonatale, e per

Tabella 1. Aspettativa di vita per sesso, età, periodo e grado di istruzione (laurea universitaria come riferimento)

sesso	età	periodo	differenze in aspettativa di vita (anni) a 35 anni di età				
			intera popolazione	scuola superiore	scuola media inferiore	elementare	analfabeta
maschi	30-59	1971-75	-0,71	-0,33	-0,55	-0,86	-1,23
		1981-85	-0,54	-0,26	-0,47	-0,77	-1,63
		1991-95	-0,41	-0,11	-0,43	-1,11	-1,84
femmine	30-59	1971-75	-0,25	-0,06	-0,26	-0,23	-0,42
		1981-85	0,17	0,25	0,21	0,14	-0,48
		1991-95	-0,12	-0,04	-0,10	-0,26	-1,02
	età	periodo	differenze in aspettativa di vita (anni) a 65 anni di età				
maschi	60-74	1971-75		-0,33	-0,17	-0,39	-0,45
		1981-85		-0,69	-0,68	-0,75	-1,38
		1991-95		-0,43	-0,31	-0,64	-0,99
femmine	60-74	1971-75		-0,28	0,04	-0,30	-0,39
		1981-85		-0,33	-0,09	-0,34	-0,64
		1991-95		-0,34	-0,35	-0,35	-0,67

fonte: Costa et al., 1998

altre malattie, come la difterite, la rosolia congenita e la malaria endogena, solo rarissimi casi sono stati registrati negli ultimi 10 anni. Inoltre la tubercolosi registra in Italia un'incidenza tra le più basse in Europa. Le malattie infettive che necessitano un'intensificazione delle misure di controllo e di prevenzione includono il morbillo, la parotite, la pertosse, le meningiti da *Haemophilus influenzae* di tipo B nonché l'epatite A e l'epatite B.

Negli anni recenti, l'incidenza di AIDS nei Paesi dell'Europa occidentale si è stabilizzata prima e poi abbassata, ma con diversi gradi di diminuzione: nel 1997, per esempio, rispetto al 1996, la diminuzione è del 32,8 per cento in Italia, miglioramento che è andato incrementandosi portando la prevalenza della malattia che nel 1991 era del 30 per cento al valore del 15 per cento per il 1999 (vedere anche i capitoli sulle tossicodipendenze e sulle malattie infettive). Essa è dovuta oltre che alla prevenzione all'impatto dei medicinali anti-retrovirali altamente efficaci, divenuti disponibili a partire dal 1996.

Le epidemie di malattie respiratorie, in particolare l'influenza, rappresentano un'importante causa di malattia sia in età infantile che adulta e soprattutto negli anziani, con un conseguente forte impegno del sistema sanitario.

In Italia le malattie infettive trasmesse dagli alimenti possono ritenersi nella media dell'Unione Europea così come i casi di antibiotico-resistenza.

Il gravoso tributo a incidenti e infortuni. Ogni anno in Italia muoiono circa 8.500 persone a seguito di incidenti stradali, un numero dello stesso ordine di grandezza (7.800) per incidenti domestici e circa 1.200 persone per incidenti sul lavoro. I tassi di mortalità dovuti a incidenti stradali hanno mostrato anch'essi la tendenza a una lenta diminuzione in vari Paesi dell'Europa occidentale, ma in Italia si è assistito a una stabilizzazione e persino a un incremento degli incidenti e delle lesioni causate da incidenti stradali, dalla fine degli anni ottanta. Per quanto riguarda gli incidenti sul lavoro (figura 7), la situazione è molto preoccupante in Italia: mentre il tasso relativo alle lesioni è nella media europea, il tasso di mortalità è più elevato.

La ricerca di una maggiore equità. Negli ultimi anni, le disuguaglianze nello stato di salute in Europa non sono diminuite ma, al contrario, in alcuni casi sono addirittura aumentate, probabilmente come conseguenza di migliori condizioni di vita e minore esposizione ai fattori di rischio tra le persone benestanti. Come avviene per gli altri paesi europei, anche l'Italia è soggetta al proprio interno a disuguaglianze riguardo alle condizioni di salute: le persone meno abbienti e con più basso reddito hanno una minore attesa di vita e sono più soggette a malattie e disabilità (tabella 1).

La promozione dell'equità nella salute costituisce una priorità del Governo italiano, non solo a livello nazionale, ma anche a livello europeo e mondiale.

Gli sforzi dell'Italia per alleviare le sofferenze delle popolazioni povere e promuovere l'equità nella salute e lo sviluppo sociale ed economico sono condotti attraverso un'attiva collaborazione con le Nazioni Unite, con l'Unione europea, con il Consiglio d'Europa, con l'OCSE e altre organizzazioni internazionali. Va poi ricordato che l'Italia ha anche stabilito significativi livelli di cooperazione bilaterale per lo sviluppo sanitario e sociale con molti Paesi in via di sviluppo. Benché l'impegno finanziario dell'Italia per risolvere questi problemi sia considerevole, è evidente la necessità di intensificare gli sforzi in questo settore.

I PRINCIPALI PROVVEDIMENTI ADOTTATI PER RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI DI PIANO

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.

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

- 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 l'iter non è stato ancora terminato sono rappresentate da:

- linee-guida per una sana alimentazione italiana;
- linee-guida per i dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali.

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

- 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 (DM 21 aprile 2000);
- progetto-obiettivo materno-infantile (DM 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 (DM 1 marzo 2000) e il Piano nazionale vaccini (18 giugno 1999), mentre è all'esame della Conferenza Stato-regioni il Piano oncologico nazionale.

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 e alla produzione di materiale educativo interattivo destinato ai bambini in età scolare e ha intrapreso uno studio sulla mortalità evitabile per le malattie infettive. Il Ministero della sanità ha inoltre emanato il DM 329 del 28 maggio 1999, "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti", ex DL 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.

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

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

Sono in fase di definizione i decreti ministeriali recanti i regolamenti per il recupero dei rifiuti non pericolosi (ex articoli 31 e 33 del DL 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 (NEHAP) 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:

- DM 28 settembre 1999, "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative";
- DPCM 20 gennaio 2000, "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative".

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 dell'1 aprile 1999, il Centro nazionale trapianti ed è stata attivata la Consulta nazionale per i trapianti.

Per l'innovazione tecnologica, l'emanazione del DM 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'articolo 71 della legge 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 Servizio sanitario nazionale;
- potenziare i sistemi informativi a livello locale e sviluppare connessioni di rete, nonché sviluppare 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 DM 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, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per l'attuazione degli articoli 34 e 34-bis 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).

Un accenno, infine, va fatto a un progetto particolare di documentazione e di informazione sulla salute e per la salute. Si tratta di un metasistema che ha lo scopo di utilizzare tutte le potenzialità dei sistemi informativi già in essere, integrandole laddove non risultino sufficienti. Questa funzione è stata individuata nell'Osservatorio per la promozione della salute, in corso di realizzazione presso il Ministero della sanità, e dovrebbe essere orientata su quattro elementi di fondo:

- concentrare in un unico punto di osservazione, aggregandoli adeguatamente, tutti i dati e le informazioni provenienti dai diversi settori di intervento e comparti della società, in modo da garantire una visione globale del problema-salute e dei suoi determinanti, dei vantaggi e degli svantaggi che alla salute vengono arrecati dalla molteplicità di azioni intraprese, nel quadro dell'intersectorialità prima richiamata e nel rispetto delle autonomie gestionali e di governo di tutti gli interessati;
- promuovere progetti di formazione che consentano lo sviluppo e il completo dispiegamento di questo nuovo modo di gestire l'informazione sulla salute, i quali saranno poi realizzati dai diversi soggetti interessati e ai vari livelli del sistema, con contenuti e temi diversificati a seconda delle varie necessità;
- promuovere progetti di ricerca per completare il quadro delle conoscenze necessarie a costruire questo nuovo modo di fare documentazione e informazione e per consentire

una precisa valutazione degli effetti dei diversi tipi di intervento, in modo da completare e complementare i modelli già utilizzati dalla sanità, per certi versi non sufficienti;

- realizzare attività di confronto internazionale in modo unitario e non settoriale, come oggi avviene.

I piani sanitari regionali adottati in attuazione del PSN 1998-2000. Sono dieci 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 Bolzano. Altre regioni hanno predisposto documenti programmatori 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, in seguito all'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.

L'analisi dei piani sanitari regionali ha avuto l'obiettivo di verificare la loro conformità agli obiettivi e alle linee di indirizzo del PSN (come richiesto dalla stessa legislazione attuale e precisamente dall'articolo 1, comma 14, del DL 502/1992 e successive modificazioni) e ha reso confrontabili le priorità definite dalle regioni. Nella tabella 2 sono riportati i piani adottati e in corso di elaborazione dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano.

Tutti i piani sanitari emanati in attuazione del PSN 1998-2000 indicano traguardi di salute da conseguire come indicatori di risultato di lungo periodo o tracciano un percorso di programmazione 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 e il contributo di ciascun piano in ordine a queste tematiche.

Provincia autonoma di Bolzano. 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 (per esempio, nell'ambito dell'obiettivo "Contrastare le principali patologie" si aggiunge la lotta contro i suicidi, mentre nell'obiettivo "Tutela dei soggetti deboli" non risulta presente la tutela dei soggetti immigrati); gli obiettivi sono accompagnati 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 Trento. Il Piano sanitario 2000-2002 della Provincia autonoma di Trento riprende tutti gli obiettivi di salute previsti dal PSN 1998-2000 e ne aggiunge altri (rumore, nel macroobiettivo "Ambiente per la salute"; malattia di Alzheimer e altre demenze, nel macroobiettivo "Tutela dei soggetti deboli"; detenuti, nello stesso macroobiettivo 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 approfondi-

Tabella 2. Piani sanitari regionali

regioni e province autonome	piani adottati nel 1997	piani adottati ex PSN 1998-2000	piani in corso di elaborazione già approvati	piani in fase di definizione
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 1996-1998 e PO			
Friuli Venezia Giulia		PSR 2000-2002*		
Liguria		PSR 1999-2001		
Emilia Romagna		PSR 1999-2001		
Toscana		PSR 1999-2001		
Umbria		PSR 1999-2001 e PO1e PO		
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

* piani approvati in via definitiva dalla Giunta (non prevista l'approvazione consiliare)

mento in relazione ai singoli obiettivi. Seguendo una metodologia di programmazione analoga a quella del PSN 1998-2000, il piano locale 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.

Friuli-Venezia Giulia. 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 dell'incidenza delle disabilità per infortuni stradali e infortuni lavorativi, nonché su alcune patologie come i tumori, le broncopneumopatie croniche ostruttive, i disturbi psichici, il diabete, le fratture del femore. Sono indicati obiettivi di promozione di comportamenti e stili di vita per la salute, con riferimento a fumo di sigaretta, alcol, dieta e attività fisica, e obiettivi di promozione del contesto ambientale. 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 sviluppate nelle "Linee di gestione del Servizio sanitario regionale".

Liguria. Il Piano sanitario 1999-2001 della Regione Liguria riprende tutti gli obiettivi di

salute e i principi ispiratori del PSN 1998-2000. Si aggiunge l'obiettivo di "Garantire la sicurezza e la qualità dell'assistenza sanitaria ai turisti". Per ogni obiettivo di salute sono indicate le azioni prioritarie da promuovere, mentre 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 di un Osservatorio epidemiologico regionale. Nell'ambito degli obiettivi di salute il piano attribuisce un notevole rilievo agli aspetti della tutela dei soggetti deboli e 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.

Emilia-Romagna. Il Piano sanitario 1999-2001 della Regione Emilia-Romagna e i primi documenti di attuazione costituiscono uno sviluppo regionale delle linee di azione indicate nel PSN 1998-2000. Esso 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.

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.

Toscana. Il Piano sanitario 1999-2001 della Regione Toscana assume come propri gli obiettivi di salute del PSN 1998-2000 e ha una connotazione specifica sul tema della qualità. Gli obiettivi di salute trovano esplicazione tramite azioni mirate, che si svolgono come programmi o progetti fattibili e concreti, spesso con specificazione delle risorse disponibili. In allegato al piano è contenuta la sintesi di un'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 attivare i flussi informativi e il potenziale conoscitivo degli stessi. Sulla base di tale quadro la regione fornisce indicazioni di programmazione alle aziende sanitarie per lo svolgimento degli interventi finalizzati alla realizzazione degli obiettivi di salute.

Umbria. Il Piano sanitario della Regione Umbria fa propri gli obiettivi di salute indicati dal PSN e distingue, all'interno di essi, obiettivi di qualità scientifica, come l'allungamento della speranza di vita, la riduzione della mortalità evitabile, la riduzione della disabilità, e obiettivi definiti di qualità sociale, che si riferiscono alla promozione di una maggiore consapevolezza dei determinanti di salute, del buon uso delle risorse pubbliche e private, del conseguimento dell'universalità, dell'equità, della solidarietà di fronte alla salute e del conseguimento di comportamenti ispirati all'etica della responsabilità. Gli aspetti di definizione dei traguardi di salute sono poi ripresi nei progetti-obiettivo approvati successivamente al piano.

Marche. 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. 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.

Abruzzo. 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 di un Osservatorio epidemiologico. Gli obiettivi di salute trovano un primo sviluppo nell'ambito dei progetti-obiettivo e delle azioni prioritarie indicate nel piano.

Sicilia. Il Piano sanitario 2000-2002 della Regione Sicilia riprende i cinque macroobiettivi 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", come il "Progetto rumore" e quello della "Sicurezza in agricoltura". Si prevede l'approfondimento dell'analisi di contesto in seguito all'attivazione di un Osservatorio epidemiologico regionale.

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 e 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) delle diverse forme di organizzazione della società civile, del volontariato, delle famiglie, nonché del mondo dell'imprenditoria.

Non tutti i piani sanitari regionali prevedono tuttavia la stipula di un patto di solidarietà per la salute nell'ampia accezione assunta dal PSN 1998-2000, la quale viene spesso 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.

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

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

Friuli-Venezia Giulia. 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.

Liguria. 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 parti-

colare 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 prevedono l'istituzione dell'Unità operativa dei servizi sociali professionali e l'emanazione di ulteriori indirizzi regionali per promuovere l'integrazione all'interno dei progetti-obiettivo.

Emilia-Romagna. 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 e distrettuale.

Toscana. Il piano sanitario della Regione Toscana prevede, per ogni progetto, il coinvolgimento di una pluralità di soggetti, istituzionali, professionali e sociali. Rileva la centralità dell'integrazione sociosanitaria e conferma il ruolo della zona, che nella regione ha una connotazione specifica: si tratta di un'articolazione dell'azienda sanitaria di livello sovra-distrettuale, ove vengono assunte le decisioni programmatiche organizzative e 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, un'articolazione della zona, con la funzione di attivare il percorso assistenziale e realizzare operativamente l'integrazione sociosanitaria.

Umbria. Il piano della Regione Umbria propone l'attivazione di tavoli di consultazione 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).

Marche. Nel piano sanitario della Regione Marche si rileva che la rete dei servizi territoriali deve assumere il ruolo di luogo in cui avvenga 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 servizi integrati territoriali (SIT), dedicati alle patologie di rilevanza sociale che interessano le seguenti aree di problemi: patologie croniche; tutela materno-infantile; tutela dell'handicap; tutela della salute delle attività sportive.

Abruzzo. 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 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).

Sicilia. 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 patto di solidarietà per la salute previsto dal PSN. Sono peraltro 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 d'azione, tracciate, in particolare, dal PSN 1998-2000 (il patto di solidarietà per la salute), dall'attuazione del federalismo fiscale (DL 56/2000), dal patto di stabilità, dal DL 229/1999 di riforma sanitaria, dall'atto di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria, dalla riforma dei servizi sociali (legge 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 833 e i successivi DL 502/1992 e 517/1993. Essa ha fatto propria la logica di un processo di trasformazione graduale, fortemente radicato sui principi e i valori della dignità della persona, della solidarietà, dell'uguaglianza dei cittadini, della promozione dei diritti dei soggetti deboli, della partecipazione alle scelte e della valutazione dei risultati di salute.

Questi valori dovranno essere interpretati e valorizzati dal nuovo 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.

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 DL 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 e di 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 e 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 e dall'appropriatezza della ricerca.

Con il PSN 2001-2003 si potranno perseguire ulteriori traguardi, grazie 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.

Il quadro generale di riferimento. Quanto detto sopra testimonia lo sforzo fatto dall'Italia per dotarsi di strumenti atti a perseguire, a livello nazionale e regionale, gli obiettivi posti al livello europeo e mondiale. Alle iniziative legislative hanno corrisposto almeno in parte azioni sul versante dell'educazione alla salute e della formazione per la salute, al fine di migliorare le competenze del pubblico e dei professionisti in materia di promozione della salute e di sensibilizzare i settori extrasanitari sull'importanza delle questioni sanitarie. A questo proposito occorre ricordare che già la legge 833 individuava culturalmente la strategia della promozione della salute come fondamento delle politiche sanitarie del Paese. Le successive riforme non hanno cambiato la filosofia di fondo dell'approccio alla salute e alla malattia, individuando nell'interesettorialità e nell'assunzione di responsabilità verso la salute da parte dei settori della vita pubblica gli elementi portanti. Nell'ultimo PSN il concetto di promozione della salute si ritrova in modo costante; soprattutto è indicato come indispensabile per promuovere l'adozione di comportamenti e stili di vita in grado di favorire la salute e di sostenere la diffusione di attività di controllo e di riduzione dei fattori di rischio, individuando quattro aree prioritarie d'intervento: alimentazione, fumo, alcol ed attività fisica. Da un punto di vista generale, si può affermare che nel corso degli anni la popolazione italiana è progredita per numero di anni aggiunti alla vita, in accordo con quanto è avvenuto nella maggior parte dei Paesi occidentali a economia postindustriale. Dal punto di vista statistico (dati dell'OMS) la speranza di vita alle nascite in Italia nel 1998 era per i maschi di 75 anni e per le donne di 81 anni, mentre nel 1978 era rispettivamente di 70 e 75 anni. Si può però affermare che, contestualmente, è stata aggiunta vita agli anni? Il quadro italiano è caratterizzato da luci e ombre, come si può desumere dalla serie di dati presentati nei capitoli precedenti.

Rispetto agli altri Paesi, il bilancio si può dire positivo; mediamente in Italia si vive più a lungo, si mangia meglio, la spesa sanitaria pro capite è contenuta e l'ombrello dell'assistenza pubblica copre praticamente tutta la popolazione, con prestazioni professionali di alto livello qualitativo. Certo, c'è molto spazio per migliorare, soprattutto nella comunicazione con il pubblico, ma in confronto agli altri Paesi progrediti si sta procedendo abbastanza bene. Lo sviluppo economico è il fattore trainante per il miglioramento della salute della popolazione, ma è da questo stesso sviluppo che stanno emergendo problemi nuovi.

A tutto ciò si devono aggiungere i dati sulla percezione dello stato di salute, che ha grande influenza nel determinare le scelte che le persone compiono nel campo della salute. Questo aspetto, insieme con l'ancora non completato processo di omogeneizzazione territoriale nella dotazione dei servizi, il permanere di vecchie barriere all'accesso ai servizi, l'emergere di nuove barriere legate al cambiamento di composizione della popolazione e l'ancora insufficiente assunzione di responsabilità verso la salute da parte di settori non sanitari della vita sociale, pone un forte problema di equità nella salute, che si aggiunge al permanere di tradizionali aree di rischio, nel lavoro in modo particolare, e all'emergere di nuovi rischi legati all'exasperazione dei processi di globalizzazione dei mercati e dell'economia.

L'azione di promozione della salute trova peraltro forti spinte nel sempre più forte processo di integrazione europea, con la reciproca responsabilizzazione degli stati, nel crescere del livello culturale medio degli italiani, che si accompagna a una diffusa presa di coscienza del valore della salute come responsabilità personale e come diritto/dovere, nell'indubbia capacità crescente di risposta tecnica dei servizi deputati alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione.

Valutazione dell'impatto delle azioni intraprese. Il processo di valutazione parte dall'analisi degli obiettivi, per poi verificare l'impatto delle azioni intraprese, giudicando le realizzazioni sulla base di indicatori usati come parametri condivisi di riferimento. Il PSN assume il concetto di salute nel suo significato più ampio, come benessere complessivo della persona e bene fondamentale della comunità, e quindi come diritto di cittadinanza da riconoscere e sostenere. Chiaramente il PSN, adottando questa prospettiva allargata di salute, che estende il proprio confine ben oltre i confini tradizionali della sanità, indica al SSN la necessità di dotarsi di nuovi strumenti di implementazione e verifica delle proprie politiche. La difficoltà fondamentale è questa: come si possono trovare indicatori oggettivi di verifica dell'attuazione di un piano che si pone obiettivi intangibili, come quelli della crescita della consapevolezza, del senso di solidarietà o della coscienza della sussidiarietà? Infatti se si riconsidera il PSN e, come è opportuno fare in ogni processo di valutazione, si rileggono gli obiettivi primari, si osserva che esistono principi fondamentali che lo animano che non si riferiscono a eventi su cui è possibile una analisi statistica, i quali devono comunque divenire parametro di riferimento per la verifica dell'impatto delle azioni intraprese. Al fine di avviare un percorso di evoluzione da un sistema basato sul concetto di sanità a un sistema fondato sul concetto di salute, da un concetto di centralità dell'ospedale e del medico a un concetto di centralità del paziente (come si legge nell'introduzione del ministro della sanità alla RSSP del 1999), occorre trovare nuovi strumenti di valutazione e nuovi indicatori, in modo coerente con i nuovi principi di cultura della salute e i nuovi obiettivi di corresponsabilità nella costruzione della salute.

Per una valutazione accurata del raggiungimento degli obiettivi di piano occorrerebbe confrontare i dati sulla salute della popolazione rilevati prima e dopo lo sviluppo delle programmazioni. Man mano che il Servizio sanitario nazionale si viene dotando di processi più strutturati di valutazione, si configurano nuove esigenze di analisi degli indicatori di salute (a questo proposito si rimanda alle pagine successive).

LA COSTRUZIONE DI UN SISTEMA INFORMATIVO ORIENTATO ALLA COMPARAZIONE E ALLA VALUTAZIONE DI OBIETTIVI, PROCESSI ED ESITI

Per poter affermare che gli obiettivi di piano 98/2000 sono stati (o meno) raggiunti occorre aver ben presente una triplice condizione:

- i risultati attesi coincidono, numerose volte, con modificazioni della realtà non facilmente riscontrabili all'interno dei sistemi informativi esistenti. È a tutti noto infatti, come il PSN proponga un "patto di solidarietà per la salute, che impegni le istituzioni proposte alla tutela della salute e una pluralità di soggetti: le istituzioni, il volontariato, i produttori profit e non profit di beni e servizi di carattere sanitario; gli organi e gli strumenti di comunicazione, la comunità europea e internazionale" allo scopo di raggiungere "cinque obiettivi di salute": promuovere comportamenti e stili di vita per la salute; contrastare le principali patologie; migliorare il contesto ambientale; rafforzare la tutela dei soggetti deboli e portare la sanità italiana in Europa." Per fare ciò il PSN "assume il concetto di salute nel suo significato più ampio, come benessere complessivo della persona e bene fondamentale della comunità" il cui perseguimento postula il realizzarsi di dimensioni, individuali e col-

lettive, di difficile inquadramento, quali "la crescita della consapevolezza"; il "senso di solidarietà" o la "coscienza della sussidiarietà".

- l'efficacia degli interventi che dovrebbero essere orientati al raggiungimento delle mete prefisse deriva, in larga misura, dalla loro diffusività all'interno dei vari livelli di programmazione e di gestione che caratterizzano il SSN (Regione; aziende USL; enti locali);
- Il successo o insuccesso delle attività prodotte sia dal Sistema sanitario attraverso la propria capacità di offerta assistenziale, sia dal più vasto coacervo di soggetti istituzionali e non istituzionali chiamati a concorrere alla realizzazione di politiche per la salute, deve essere - in qualche misura - verificato alla luce dei mutamenti riscontrabili nello stato di salute e nella qualità di vita dei cittadini fruitori degli interventi erogati.

Se la RSSP ha come compito precipuo quello di "esporre i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano" e se il suo compiuto svolgimento richiede una accettabile risposta alle tre condizioni sopra richiamate, appare assolutamente necessario comprendere:

- quale sia, al momento, il grado di completezza di un sistema informativo orientato a cogliere gli aspetti che connotano tali condizioni;
- quale sia, di conseguenza, il tipo di sviluppo che si reputa indispensabile per ottenere, nel prossimo futuro, una copertura conoscitiva più essenziale e sistematica.

Le serie statistiche, variamente fruibili su base internazionale, nazionale e regionale, consentono di descrivere: il variare dei comportamenti e degli stili di vita in rapporto ad alcuni indicatori assunti come riferimento standard di tale propensione (uso di tabacco e di alcool; igiene alimentare eccetera); lo sviluppo del sistema di offerta in relazione al mutare di indici epidemiologicamente rilevanti applicati a grandi famiglie di patologie (malattie cardiovascolari; neoplasie; malattie infettive; ecc.); il miglioramento del contesto ambientale con riferimento alla salubrità dell'acqua e dell'aria; alla sicurezza alimentare; alle soglie di rischio determinate dalle radiazioni, dal rumore eccetera; il variare della speranza di vita e della qualità della sopravvivenza; il dimensionarsi della offerta assistenziale a favore dei soggetti deboli (stranieri; tossicodipendenti; malati di mente; anziani eccetera).

Il livello di descrizione e di valutazione dei fenomeni analizzati è certamente in grado di fornire un grande affresco della sanità italiana ma non riesce, al momento:

- a esplicitare i rapporti causa effetto fra la trasformazione del Sistema sanitario e l'ottenimento di risultati positivi in termini di comportamenti e di stili di vita;
- a individuare quali altri soggetti - oltre alle istituzioni del SSN - contribuiscono a costruire risposte più ampie e integrate al bisogno di salute della popolazione italiana;
- a porre in evidenza quali siano gli strumenti più comunemente e frequentemente usati per sviluppare processi di promozione della salute.

Allo stato attuale delle informazioni acquisibili manca inoltre ogni riferimento strutturato al dispiegarsi, per "i rami" del SSN del processo di programmazione che deve - partendo dagli obiettivi di PSN - via, via specificarne i contenuti in termini sempre più dettagliati e operativi. È ben noto come uno sforzo, anche poderoso, di programmazione nazionale difficilmente sortisce gli effetti voluti se non è in grado di innescare (o di essere coerentemente seguito da) una serie di altre progettualità concorrenti i cui i risultati vengono registrati e valutati.

E se tale assunto è già assolutamente vero in riferimento agli obiettivi orientati a modificare le condizioni organizzative, gestionali e operative di un sistema, lo è decisamen-

te ancora più quando si tratti di perseguire risultati di salute, giacchè, in rapporto a essi, è proprio la programmazione successiva e concorrente che deve predisporre, sia le azioni puntualmente destinate a raggiungerli, sia gli indicatori capaci di rilevarne l'effettivo grado di conseguimento.

È, infine, pressoché del tutto assente (su base ampia, nazionale e regionale) nell'area dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali (fatte salve alcune, puntiformi sperimentazioni) la elaborazione di serie originali di indicatori di esito.

Ciò presuppone la preliminare identificazione di macro e di microprocessi assistenziali a cui correlare risultati di efficacia valutabili attraverso il riscontro del verificarsi di mutamenti positivi nello stato di salute (e/o di benessere) previsionalmente atteso.

Una tale costruzione latita; per esempio: nei manuali e nelle linee guida per l'accreditamento oggi predisposti, in bozza, da varie Regioni, appare del tutto predominante l'attenzione data ai requisiti di struttura e, in seconda battuta, a quelli di processo, essendo pressoché assente ogni indicazione relativa ai requisiti di esito.

Una simile criticità è, comprensibilmente, ancora più difficile da superare allorché gli esiti siano riferiti non già al superamento di condizioni patologiche o alla riduzione dei fattori che producono la non auto-sufficienza, quanto piuttosto al miglioramento - latamente inteso - dello stato di salute di un individuo o di una collettività.

Nella prospettiva della RSSP per l'anno 2001 e seguenti c'è, dunque, da affrontare un consistente sforzo elaborativo qualora si vogliano ridurre almeno in parte, i gap informativi che sono, al momento, rilevabili.

- Le porzioni di sistema informativo da predisporre sono complessivamente destinate a cogliere gli aspetti che promuovono, realizzano e sanciscono il successo della azioni volte, sia a diffondere l'esercizio della funzione programmatica, sia a produrre maggiore salute, sia, infine, a valutare l'efficacia (esito) degli interventi erogati.
- Si tratta, innanzitutto, di verificare lo stato dell'arte per quanto concerne la diffusione della cultura della programmazione.

Ciò può avvenire strutturando un sistema ricognitivo che verifichi, per esempio:

- quali Regioni abbiano predisposte un proprio PSR che accolga, adegui (ed eventualmente modifichi) i principi e gli obiettivi del PSN trasferibili su scala regionale;
- quale sia, in questa prospettiva, il livello di esplicitazione e il numero degli obiettivi proposti; al riguardo, rileva il loro grado di concretezza e la presenza di indicatori specificamente collegati a ciascuno di essi;
- se alla legge di Piano le Regioni abbiano fatto seguire ulteriori normative destinate a meglio dettagliare i risultati attesi e/o a illustrare le modalità (progetti, azioni, aspetti organizzativi e operativi eccetera) tramite cui perseguirli;
- se la Regione indichi un processo, discendente, di programmazione diffusa che ne stabilisca i livelli in rapporto ai soggetti chiamati a predisporre proprie, ulteriori elaborazioni programmatiche;
- se, fra tali livelli, si ponga al vertice del processo di programmazione locale il Piano per la salute, ovverosia quella elaborazione progettuale che prende in considerazione varie determinanti (ambientali, culturali, economiche, dei trasporti eccetera) capaci di incidere sullo stato di salute del cittadino e di cui il sistema sanitario e sociosanitario è una sola, singola componente. Al riguardo, appare essere di assoluto interesse rilevare quali siano i soggetti istituzionali (Aziende USL, Comuni, IPAB ecc.) e non istituzionali (associazioni-

smo; privato non profit; privato profit; ecc.) che concorrono a definire i contenuti del Piano per la salute;

- quale appaia essere, in concreto, la articolazione della programmazione locale, in riferimento sia alle indicazioni già contenute nelle normative nazionali di riferimento (per esempio: i "Piani della attività territoriali" previsti all'art. 3 del DL 229/99), sia alle ulteriori indicazioni regionali, sia alle eventuali, autonome decisioni delle Conferenze dei sindaci e delle Aziende USL;
- quale sia lo spazio concesso, in queste programmazioni, alla definizione di obiettivi specifici, misurabili e accettabili, e alla corrispondente predisposizione di indicatori di verifica e di valutazione;
- quali siano gli strumenti, regionali e locali, previsti e attuati per diffondere e far condividere gli obiettivi a tutti coloro che devono concorrere alla loro realizzazione;
- quali siano gli eventuali interventi formativi destinati agli operatori affinché si diffondano le ragioni essenziali del programmare e del valutare;

Il campo di applicazione del sistema ricognitivo illustrato può coincidere con la totalità delle Regioni italiane e con un campione significativo delle Aziende USL presenti in ciascuna di esse.

Si tratta, inoltre, di predisporre un secondo sistema ricognitivo destinato a porre in evidenza il processo di diffusione della cultura della salute. Occorre in particolare:

- conoscere quale sia il livello di consapevolezza che la popolazione dimostra di avere in relazione alle determinanti in grado di incidere sul proprio stato di salute;
- rilevare le eventuali azioni informative (o le altre attività promozionali) rivolte al cittadino affinché comprenda quale sia il suo ruolo nel proporre e nel contribuire a realizzare una cultura sempre più orientata alla salute;
- censire le attività di educazione alla salute, indicate dalla programmazione regionale e/o locale, o comunque realizzate dall'Azienda USL.

La percezione dei cittadini in merito alla rilevazione dei determinanti della salute può essere conosciuta solo attraverso indagini ad hoc che coinvolgano un campione specificatamente selezionato. Le azioni informative e le attività di educazione alla salute sono, a loro volta, individuabili attraverso la preliminare identificazione di un gruppo di Regioni (dalla cui normativa trarre gli eventuali indirizzi in merito) e di un gruppo di Aziende USL. a esse appartenenti.

Si tratta, infine di elaborare un pool di indicatori di esito specificamente orientati a valutare il successo dell'impatto delle azioni promosse dal sistema sanitario sullo stato di salute dei cittadini.

Le sezioni che potrebbero comporre questa parte di sistema informativo sono varie e riguardano:

- la valutazione dei risultati di efficacia ottenuti a seguito della erogazione di attività/prestazioni da parte dei servizi sanitari e sociosanitari (soprattutto territoriali);
- la valutazioni degli effetti (già rilevabili mediante l'utilizzo dei dati epidemiologici esistenti) che influiscono sullo stato di salute dei cittadini e che attengono ai loro comportamenti e stili di vita, in rapporto alle azioni prodotte in tal senso dal SSN;
- una corrispondente, parallela valutazione di tali effetti in rapporto, però, ad altre variabili e fattori di contesto che agiscono su determinanti della salute diversi dal sistema sanitario.

La eventuale predisposizione di nuovi macroindicatori atti a rilevare ulteriori variazioni positive dello stato di salute collettivo;

La esplicitazione da parte degli utenti, dell'esito percepito in rapporto ai vari interventi curativi e di promozione della salute di cui sono stati fruitori.

La costruzione di uno strumentario informativo qualè quello ipotizzato ai punti precedenti richiede plausibilmente la identificazione di un soggettotecnico dedicato allo scopo.

In tal senso pare essere perfettamente idonea l'iniziativa, già avviata dal Servizio studi e documentazione del Ministero della sanità in collaborazione con istituzioni ed enti diversi (Regione e Università), per costituire un Osservatorio nazionale sulla promozione della salute.

Così operando è possibile ipotizzare, già al termine del corrente anno 2001, la produzione di una reportistica riferita, quanto meno, all'analisi e valutazione comparata dei processi di programmazione e di formazione della cultura della salute.

In tal modo inizia a disvelarsi quel percorso di evoluzione da un sistema basato sul concetto di sanità a quello di salute; da un concetto di centralità dell'ospedale e del medico a quello di centralità del paziente, che già nell'introduzione al RSSP-1999 il ministro della sanità Umberto Veronesi esaltava come viraggio epocale dell'attuale welfare state italiano.

Le indicazioni della programmazione

Le urgenze sociali e politiche del sistema sanitario italiano di fronte alle esigenze di un Paese modernamente organizzato dal punto di vista della assistenza sono due: la prima è il superamento delle disuguaglianze di salute che ancora caratterizzano le condizioni dei cittadini nei confronti delle risorse della medicina. La seconda è la realizzazione di una rete di funzioni che integri i doveri di indicazione programmatica del Governo centrale con le necessità di autonomia dei servizi sanitari locali.

I MODELLI EMERGENTI DI PROGRAMMAZIONE

La pluralità degli schemi di valori e di organizzazione. Il decreto 229/1999 ha ridefinito l'equilibrio tra compiti regolativi e compiti promozionali del piano sanitario secondo una più limitata logica conformativa, valorizzando l'autonomia e la capacità decisionale dei singoli soggetti che compongono il sistema sanitario, e ha spostato sensibilmente l'asse della regolazione del sistema sanitario a favore di un sistema di programmazione che percorra organicamente il complesso delle articolazioni del settore, invertendo le tendenze risultate prevalenti negli anni precedenti.

Il nuovo quadro normativo delinea l'esigenza di documenti di piano formulati attraverso il coinvolgimento di una pluralità di soggetti - pubblici, privati, operanti in altri ambiti settoriali ritenuti rilevanti nella cura e nella promozione della salute - compatibili con gli ambiti di autonomia che la norma legittima e incentiva e con meccanismi di allocazione delle risorse che consentano, pur regolandole con indicazioni più puntuali rispetto ai decreti legislativi modificati, modalità concorrenziali tra strutture sanitarie pubbliche e private; il riconoscimento di una pluralità di soggetti che operano per il raggiungimento degli obiettivi assunti e una chiara responsabilizzazione, anche in termini finanziari, degli enti di gestione; una più puntuale definizione dell'ambito applicativo dei DRG e dei prezzi amministrati; la valorizzazione di risorse di cura e di aiuto create autonomamente dalla società civile.

Il complesso di queste indicazioni delinea il passaggio, per il settore sanitario, da un welfare fondato prevalentemente su relazioni competitive tra i soggetti, assimilabili alle dinamiche di mercato, delineato dal decreto legislativo 502/1992, a un compiuto welfare nel quale all'impegno pubblico, profondamente ristrutturato nei suoi obiettivi e nei suoi strumenti di regolazione e di promozione, si affianca una pluralità di soggetti che sono costantemente sollecitati ad assumere comportamenti di collaborazione, la cui azione si ritiene possa contribuire alla tutela dell'interesse generale. Nel sistema sanitario si osserva la compresenza di una pluralità di soggetti che operano per il miglioramento e il recupero della salute, di differenti schemi organizzativi, di modalità di allocazione e di finanziamento delle risorse, affi-

date a dinamiche di carattere privatistico, con il richiamo costante a principi gestionali di carattere aziendale e allo stesso tempo a criteri e priorità, a sistemi di valori di carattere equo e solidale e alla valorizzazione del volontariato e della capacità decisionale del singolo in quanto cittadino che responsabilmente può svolgere un ruolo attivo.

L'emergere di modelli distinti. La pluralità degli schemi di valori e organizzazione si ripropone ai vari livelli istituzionali e nelle varie regioni, favorendo una differenziazione marcata nell'impostazione delle politiche regionali e nell'operare delle aziende, con risorse pubbliche e private, tra profit e non profit, molto differenti:

- alcune regioni accentuano la concorrenzialità tra le strutture e il ruolo attribuito alle strutture private, ampliando la possibilità di scelta del cittadino tra differenti opzioni diagnostiche;
- in altre regioni i piani sanitari costituiscono gli strumenti elettivi di coordinamento e di distribuzione delle risorse;
- emergono differenze in rapporto al ruolo attribuito ai soggetti non profit nella produzione della salute, all'associazionismo nella promozione e nella cura della salute, alla soddisfazione e alla qualità dei servizi così come è percepita dall'utente, all'estensione dei momenti partecipativi;
- la differenziazione avviene consolidando ed estendendo soluzioni di contatto diretto per il rafforzamento dell'autonomia decisionale dell'utente, con la gestione organica dei reclami, mediante uffici di relazione con il pubblico per lo più intesi come sedi di osservazione e di rilevazione sistematica delle opinioni degli utenti, esplicitando i diritti del cittadino con la Carta dei servizi e la definizione pubblica dei tempi di attesa oppure attribuendo valenza strategica alle soluzioni che offrono al cittadino l'opportunità di scegliere un altro servizio se insoddisfatto della prestazione ricevuta.

Malgrado questa differenziazione delle politiche regionali, emergono sostanziali omogeneità nelle tipologie di piano privilegiate: l'approccio processuale, la concertazione, i patti territoriali, la legittimazione di una pluralità di soggetti che concorrono alla cura e alla promozione della salute assumono notevole rilevanza nella programmazione sanitaria regionale e distinguono nettamente questa generazione di piani da quelli predisposti negli anni precedenti. Si è giunti a modelli flessibili di programmazione superando approcci decisionali, per lo più centralizzati, che fondavano la loro strategia di trasformazione su standard quantitativi e su rapporti ritenuti ottimali tra servizi e popolazione, assumendo un'ottica prevalentemente conformativa e attribuendo ai livelli decentrati del sistema compiti meramente attuativi di disposizioni definite a livello centrale.

Sono dieci le regioni che hanno predisposto un piano sanitario regionale. Altre regioni hanno predisposto documenti programmatici che ancora non hanno concluso l'iter previsto per la loro approvazione. A seguito dell'approvazione del Piano sanitario nazionale, la programmazione sanitaria regionale ha trovato nuovo slancio, ha esteso il suo ambito applicativo a soggetti e dimensioni dell'intervento sanitario - il volontariato, la soddisfazione dell'utente, la qualità, la promozione della salute - tradizionalmente trascurati o che assumevano una posizione marginale nella struttura organizzativa. La logica della programmazione strategica si esprime compiutamente in quasi tutti i documenti regionali, che nel piano sanitario definiscono gli obiettivi strategici, affidando a successivi atti programmatici la precisazione delle linee di indirizzo e degli obiettivi specifici in un costante confronto con gli altri livelli gestionali e operativi del sistema sanitario regionale.

I piani sanitari regionali attribuiscono rilevanza strategica ai processi cooperativi tra soggetti pubblici e privati e promuovono l'adozione di strumenti di programmazione negoziata, quali intese istituzionali, accordi e contratti di programma. È costantemente valorizzato il raccordo tra le politiche pubbliche e il complesso delle risorse presenti nell'ambito territoriale, seppure con accentuazioni differenti:

- in termini di coerenza e definizione puntuale delle strategie organizzative e di azioni avviate per dare concretezza ai principi enunciati;
- in termini di soggetti da coinvolgere (solo privati profit oppure il complesso dei soggetti previsti nel patto di solidarietà).

In tutti i documenti trovano adeguato spazio le indicazioni relative ai nove punti qualificanti del piano sanitario, con accentuazioni in alcuni verso una strategia di cambiamento fondata prevalentemente su una razionalizzazione, sostanzialmente interna, dell'organizzazione dei servizi, attraverso la responsabilizzazione delle varie unità, la flessibilità e la centralità del distretto, e in altri verso una politica di intersettorialità e di coordinamento tra il settore sanitario e il settore sociale, puntando l'attenzione al complesso dei determinanti la salute.

È recepita, in generale, la nuova prospettiva di politica sanitaria, mentre la definizione puntuale in termini operativi delle azioni da svolgere è affidata a successivi documenti; sono individuate alcune azioni di avvio della trasformazione, che, spesso, coincidono con programmi già definiti in precedenti documenti regionali, risultando comunque maggiormente valorizzate le azioni di prevenzione primaria e secondaria.

Il Distretto è considerato l'ambito elettivo per l'integrazione sociosanitaria nell'ambito di una condivisa riorganizzazione complessiva dei sistemi sanitari regionali volta a valorizzare i livelli primari d'intervento e i servizi territoriali, facilitando l'accessibilità da parte dei cittadini al complesso delle prestazioni e conducendo a una riduzione dei tassi di ospedalizzazione.

Accanto alla necessità di produrre sistemi di controllo e di razionalizzazione della spesa emergono, in termini operativi, azioni per lo sviluppo qualitativo dei servizi, la cui qualità è intesa generalmente nelle tre dimensioni fondamentali, cioè in termini professionali, organizzativo-aziendali e relazionali, ovvero come qualità percepita dall'utente.

I piani regionali nel loro complesso risultano orientati a favorire lo sviluppo della progettualità a livello aziendale. Anche a questo livello si ripropongono le differenziazioni nei valori e nei modelli organizzativi:

- con l'accentuazione della dimensione interna aziendale e lo sviluppo di strumenti che rendono più coesa e integrata l'organizzazione e complementari e sinergiche le attività delle sue articolazioni;
- intendendo l'Azienda come sistema aperto che ricerca collaborazioni con il complesso dei soggetti, delle istituzioni pubbliche e private e delle risorse di terzo settore.

La programmazione aziendale appare ancora non sufficientemente consolidata e cresce il numero di aziende che adottano strumenti di programmazione pluriennale e annuale, ma spesso il piano risulta scollegato dal budget aziendale, non rappresentando la sede nella quale si assumono e si perseguono coerentemente le decisioni strategiche.

L'osservazione organica dei risultati conseguiti. Il sistema di programmazione avviato dal decreto legislativo 229/1999 e definito nelle sue priorità, negli obiettivi e nelle azioni dal Piano sanitario nazionale presenta alcune specificità:

- privilegia obiettivi di risultato - come ridurre la prevalenza di fumatori, di consumatori di bevande alcoliche che eccedono i 40 g die di alcol, la mortalità derivante da malattie cerebrovascolari eccetera - mentre le azioni strumentali - quali la revisione e l'aggiornamento dei sistemi tariffari e il ridimensionamento della diagnostica strumentale - sono considerate obiettivi di mezzo, non rappresentando un fine in sé ma strumenti per il raggiungimento degli obiettivi di risultato individuati. La stessa struttura degli obiettivi è rilevabile nei piani sanitari regionali approvati;
- sollecita il dinamismo complessivo del sistema orientandolo a relazioni sinergiche e valorizzando un approccio promozionale più che una logica rigidamente attuativa.

Il Piano sanitario propone, pertanto, un profondo mutamento dei fabbisogni informativi e delle condizioni di osservazione organica dei risultati conseguiti:

- sviluppando complessi criteri di valutazione, in termini promozionali, collaborativi, intersettoriali e di mobilitazione di una pluralità di soggetti più che di conformità, i quali, pertanto, sono molto differenti rispetto a quelli assunti nel precedente Piano sanitario nazionale;
- necessitando, per una puntuale attività di monitoraggio e di valutazione, di una maggiore finalizzazione degli attuali flussi informativi che compongono il sistema informativo sanitario e di una loro integrazione con indagini ad hoc e flussi su aspetti e dimensioni dell'intervento di cura e di promozione della salute non ancora sufficientemente osservati;
- conducendo a una valutazione fortemente integrata delle azioni avviate, ponendo l'esigenza che ogni singola azione sia osservata, tenendo presente una pluralità di dimensioni;
- richiedendo, per la complessità, l'ampiezza e la pluralità degli obiettivi definiti, l'individuazione di ambiti prioritari e di valenza strategica nei quali svolgere organiche attività valutative;
- implicando processi valutativi di ordine qualitativo che coinvolgono nel giudizio sull'efficienza e sull'efficacia del piano sanitario i soggetti del patto di solidarietà per la salute.

Tale configurazione del piano sanitario fa emergere l'esigenza di costruire uno specifico sistema di indicatori che consenta di osservare l'evoluzione del sistema sanitario nella prospettiva di collaborazione delineata e l'individuazione di indicatori empirici che consentano l'osservazione dei mutamenti intervenuti nei comportamenti sanitari rispetto al complesso degli obiettivi e delle azioni avviati, i quali assicurino la più ampia disaggregazione - espressa in termini territoriali e sociali - resa possibile dalla disponibilità dei dati e dei flussi informativi che li alimentano.

Le modifiche apportate all'indagine ISTAT su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" in termini di contenuti informativi e con l'ampliamento del campione, per rendere significativi i risultati a livello regionale e subregionale anche per comportamenti sanitari e patologie a bassa prevalenza, consente una maggiore osservazione di alcuni fenomeni, promuovendo modalità di monitoraggio e di valutazione del Piano sanitario nazionale e dei piani sanitari regionali più puntuali.

In aggiunta è necessario promuovere rilevazioni e costruire sistemi di indicatori, riferiti a più annualità, su fenomeni e trasformazioni più generali - di mercato, normative, dell'opinione pubblica - che, pur non essendo avviati dai documenti di piano, determinano mutamenti dei valori degli obiettivi programmatici assunti nel periodo di riferimento considerato. Ciò al fine di stimare l'effetto netto del piano nell'evoluzione del sistema sanitario e adeguare i successivi processi di programmazione in base ai risultati realmente conseguiti.

DISUGUAGLIANZE NELLA SALUTE

Nuovi dati per valutare le differenze sociali nella salute. Tra i principi fondamentali dei sistemi sanitari di tipo universalistico si trova l'uguaglianza nell'accessibilità a un ampio spettro di servizi uniformemente distribuiti (come indicato nel Piano sanitario nazionale). L'uguaglianza in questo senso viene considerata soprattutto come l'eliminazione delle barriere geografiche ed economiche all'utilizzazione dei servizi. Sono principi rilevanti di cui sarebbe importante valutare l'attuazione concreta. In questo sede tuttavia si vuole porre l'accento su un altro tipo di uguaglianza, che non riguarda i formali diritti di accesso ai servizi, ma le prospettive di un godimento sostanziale del bene rappresentato dalla salute. In particolare ci si chiede quanto un programma teso a proteggere la salute dei cittadini debba includere azioni di contrasto ai fattori di arretratezza economica e culturale che rendono certe categorie di popolazione relativamente più esposte a patologie e morte. Ci si chiede quindi in che misura la sorveglianza epidemiologica debba includere anche l'osservanza sui fattori di discriminazione sociale che portano a condizioni tali da facilitare l'insorgenza di epidemie di vario tipo.

Uno dei motivi per cui non si è prestata in Italia un'attenzione speciale ai fattori sociali nelle indagini epidemiologiche può derivare dal fatto che in certi contesti la salute è geograficamente distribuita in modo contrario a quanto sarebbe possibile intuire rispetto agli indicatori di ricchezza e di dotazione di servizi. Per esempio nelle regioni del Meridione, che sono più povere di risorse e di servizi, si moriva e si muore di meno. Tuttavia, come si vedrà oltre, altri dati invertono questa relazione: infatti, non appena si è cominciato a misurare in modo più accurato le differenze su base individuale o geografica sono emerse differenze di direzione e di dimensione comparabili a quelle misurate in altri paesi dell'Europa occidentale (1).

Tre sono gli elementi da mettere in risalto che possono meglio chiarire il quadro socio-epidemiologico. Il primo deriva dagli studi sulla distribuzione geografica dei differenziali di mortalità negli anni novanta in Italia. Secondo i dati ISTAT sulla mortalità differenziale negli anni 1991-1992 le disuguaglianze sociali più intense riguardo alla mortalità si concentravano tra gli uomini adulti del Nord e tra le donne adulte e anziane del Sud, confermando un quadro che era già emerso all'inizio degli anni ottanta, nonché da studi sulla mortalità di popolazioni migranti in Italia, che avevano documentato disuguaglianze sociali più intense e persistenti tra le donne anziane emigrate dal Sud (2). Un secondo dato importante per la valutazione del rapporto tra disuguaglianze sociali e disuguaglianze nella salute è la constatazione di una correlazione esistente tra l'affidabilità delle relazioni familiari e il tasso medio di mortalità (3). Tra gli anni settanta e gli anni novanta è aumentata l'intensità del rischio di mortalità nelle tipologie familiari meno protette (quelle cioè diverse dallo standard di famiglia con coppia convivente e figli), come è aumentata la percentuale di popolazione che vive in questo tipo di famiglie. Questi dati configurano un nuovo tipo di vulnerabilità che sarebbe opportuno considerare nelle politiche di prevenzione e di assistenza.

Infine, sulla scorta dei risultati dei primi studi sulle disuguaglianze nell'accesso e nei risultati dell'assistenza sanitaria, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale si è ritenuto importante avviare nuovi studi e sviluppare adeguati sistemi di sorveglianza che gettino luce su eventuali discriminazioni sociali nel sistema sanitario. I risultati di queste analisi sono importanti. Nel Lazio, per esempio, è stata documentata la presenza di disuguaglianze nell'acces-

so alle terapie ed è stato rilevato che per le persone appartenenti agli strati sociali più umili vi è una maggiore tendenza all'uso di terapie meno innovative e meno appropriate (4, 5). A questo riguardo, un recente studio condotto a Roma ha evidenziato che le persone di estrazione sociale inferiore, nonostante abbiano un tasso più alto di ospedalizzazione per cardiopatia ischemica, ricevono mediamente dalle strutture sanitarie una minore offerta di interventi di bypass aortocoronarico; inoltre la sopravvivenza media a 30 giorni dall'intervento dei soggetti appartenenti a questa categoria è inferiore a quella segnalata per le classi sociali più avvantaggiate (6). Un altro studio recente ha rilevato un eccesso di ospedalizzazione rispetto alla gravità delle patologie asmatiche nei figli di persone appartenenti alle classi sociali più basse; questo dato rileva una carenza relativa, per questo settore di popolazione, di un'adeguata assistenza di base (7, 8). Questo dato è confermato anche da un altro studio, condotto sempre a Roma, che mostra l'esistenza di un gradiente di eccesso di ospedalizzazione complessiva e di degenza ospedaliera di lunga durata tra gli individui che vivono in aree più povere (9).

Quali sono i compiti del sistema sanitario per contrastare le disuguaglianze nella salute? Introducendo la lotta alle disuguaglianze nella salute tra i punti qualificanti delle politiche sanitarie e sociali del patto per la salute, il Piano sanitario nazionale 1998-2000 fornisce indicazioni di principio sui criteri da adottare affinché la pratica sanitaria si misuri con il problema delle disuguaglianze nel godimento del diritto alla salute.

Per poter correttamente porre in atto tali indicazioni occorrerebbe approntare un sistema atto a valutare l'andamento del livello di disuguaglianza in base all'implementazione dei programmi. Purtroppo, il monitoraggio in questo settore non ha carattere sufficientemente sistematico e occorrerebbero maggiori sforzi perché siano garantiti di fatto dalle strutture i diritti dichiarati come universali nelle politiche del Paese. Affinché il sistema sanitario sappia svolgere questo ruolo, verso il quale non ha sufficiente consuetudine e competenza scientifica, è utile iniziare una riflessione su quali strumenti possano essere adeguati allo scopo e quali azioni siano di sua responsabilità. In particolare occorre chiarire come sul tema della lotta alle disuguaglianze il sistema sanitario necessiti di strumenti di ricerca, informazione e promozione atti a prevenire e ridurre gli effetti degli ostacoli sociali di accesso al sistema nazionale di salvaguardia e cura della salute.

Che cosa è stato fatto nelle politiche di ricerca, informazione e patrocinio. L'epidemiologia delle disuguaglianze nella salute è un campo di ricerca abbastanza recente in Italia, che ha incominciato ad avere un vero carattere sistematico solo a partire dal 1990, quando il Ministero della sanità approvò un programma nazionale di ricerca proposto dalla regione Piemonte, con l'obiettivo di sperimentare procedure di monitoraggio delle disuguaglianze sociali nel godimento della salute, sviluppabili attraverso tecniche di record-linkage. Il programma ottenne tre risultati principali (10). Uno di questi fu la redazione di un rapporto sulle disuguaglianze sociali in Italia, successivo alla realizzazione del primo convegno nazionale sul tema (11). Quattro tipi di raccomandazioni concludevano il rapporto. Esse hanno promosso ulteriori importanti azioni e in particolare l'avvio di due nuovi programmi finanziati dal Ministero della sanità nell'ambito della ricerca applicata per realizzare gli obiettivi del Piano sanitario nazionale (12). Il primo programma di ricerca ha riguardato la redazione di un secondo rapporto, aggiornato a tutti gli anni novanta, sulle disuguaglianze nella salute e lo sviluppo di nuovi modelli di studio per monitorare e analizzare queste disuguaglianze sia su base trasversale e geografica sia su base longitudinale e individuale. Il

secondo programma ha riguardato la valutazione dell'eventuale responsabilità dell'organizzazione dei servizi sanitari nel fornire assistenza e cura alla popolazione con una qualità diversa in base al livello sociale, economico e culturale. L'investimento ha coinvolto sei unità di ricerca del Servizio sanitario nazionale e quattro a livello universitario, per un ammontare complessivo di circa 1.100.000 euro.

Dal punto di vista delle fonti informative e statistiche le raccomandazioni del primo rapporto hanno ottenuto i seguenti risultati:

- sono stati sviluppati indici di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base sub-comunale a livello locale (13) e su base comunale nazionale (14); sono stati costruiti inoltre due indici di reddito medio pro capite e di distribuzione del reddito su base provinciale a livello nazionale (15); però la raccomandazione di acquisire la sezione di censimento sui sistemi informativi sanitari per superare il bias ecologico inevitabile nelle analisi su base comunale non è ancora stata accolta dal sistema statistico nazionale;
- nell'ambito del Piano statistico nazionale sono stati sviluppati studi longitudinali con record-linkage, tra cui la replica dell'indagine trasversale sulla mortalità differenziale dopo il censimento del 1991, l'aggiornamento dello studio longitudinale torinese e la creazione dello studio longitudinale toscano (Firenze e Livorno), ed è stata migliorata la capacità delle indagini campionarie sulla salute (1994 e 1999-2000) di misurare le caratteristiche sociali delle persone e delle famiglie per studiare le disuguaglianze nella salute percepita.

Inoltre, alcuni importanti studi epidemiologici potranno essere valorizzati per lo studio delle disuguaglianze (per esempio, EPIC e SIDRIA) e l'edizione 2000 del congresso dell'Associazione italiana di epidemiologia è stata dedicata ai temi delle disuguaglianze nella salute. Per dotare il SSN di un sistema di monitoraggio e verifica dell'impatto delle azioni intraprese sulle disuguaglianze, occorrerebbe che queste raccomandazioni fossero acquisite dai responsabili della programmazione e avessero più ampia eco tra gli amministratori e la comunità scientifica; sarebbe necessario quindi che la ricerca sulle disuguaglianze non restasse relegata al campo della ricerca demografica (16) e alle sezioni specialistiche di ricercatori che già avevano partecipato alla stesura del primo rapporto (17, 18).

Come il sistema sanitario ha concorso alle politiche di promozione della salute e di riduzione dei danni delle disuguaglianze. In Italia, prima dell'inizio degli anni novanta, non c'era stata nessuna politica esplicitamente orientata al contrasto delle disuguaglianze nella salute. Solo la riforma sanitaria del 1978, che riorganizzava l'assistenza sanitaria da un modello mutualistico a un modello di sistema sanitario nazionale, giustificava le sue scelte con la necessità di promuovere l'equità nella distribuzione della salute e delle cure, anche se in questo caso si intendeva prevalentemente un'equità geografica di distribuzione dell'offerta sanitaria.

Negli anni novanta si è assistito ad alcune iniziative politiche sia in campo sanitario sia nelle politiche di settore. Nella sanità gli interventi più significativi per contrastare le disuguaglianze nella salute sono stati il Piano sanitario nazionale (PSN) e i programmi per le aree metropolitane. Con il PSN 1998-2000 (12) il governo e il parlamento italiani per la prima volta hanno stabilito una strategia nazionale per la salute e per la sanità fondata su un patto tra i diversi attori interessati agli obiettivi di salute. La riduzione delle disuguaglianze nella salute è uno dei nove punti qualificanti della strategia. Il PSN intende promuovere azioni che abbiano lo scopo di potenziare le capacità delle persone e delle comunità nell'adozione di comportamenti sani, migliorare l'accesso ai servizi e incoraggiare i cambiamenti culturali ed

economici necessari per promuovere la salute. Naturalmente, per poter sviluppare questi principi, occorre che le regioni si dotino di piani sanitari regionali e programmi attuativi locali e di settore che incorporino questo obiettivo. Occorre inoltre che il Ministero della sanità tenga traccia di quanto avviene in questo settore a livello regionale, in modo da monitorare la realizzazione degli obiettivi di piano.

I due programmi di ricerca nazionali sopra citati si sono preoccupati di fornire a ogni livello di programmazione regionale e locale le informazioni che potessero essere considerati utili per perseguire questa strategia, valorizzando le esperienze eccellenti e fornendo raccomandazioni documentate nell'Acheson Report e nelle pubblicazioni dell'OMS (19, 20). Tra queste azioni la più importante di cui può essere documentato un effetto sulle disuguaglianze nella salute in Italia è stata lo sviluppo di programmi di popolazione per lo screening dei tumori femminili (21), in contrasto con una distribuzione fortemente diseguale dell'uso spontaneo dei test di diagnosi precoce per i tumori della mammella e del collo dell'utero a favore delle donne più istruite (22).

Questo orientamento prioritario del piano verso l'equità nella salute ha condizionato il programma speciale sulle aree metropolitane, che ha stanziato, per il 1999-2001, 750 milioni di euro per la riqualificazione dell'offerta sanitaria nelle grandi città. Si sa che in queste aree si concentrano con particolare intensità sia problemi di salute nuovi (per esempio, gruppi più deboli, come gli stranieri immigrati, gli anziani soli, i genitori soli con figli dipendenti, il disagio giovanile), sia problemi di equità di accesso all'assistenza dovuti alla suddivisione del servizio sanitario in più aziende sanitarie nella stessa città, sia problemi di adeguatezza delle strutture sanitarie e della logistica di organizzazione dell'assistenza. Tra le priorità su cui verranno valutati i programmi viene considerata la necessità di contrastare le cause delle disuguaglianze nella salute.

Una politica che sta a cavallo tra il settore sanitario e quello sociale è la politica sugli stranieri immigrati. Nel 1998 è stata approvata una strategia nazionale per le politiche sull'immigrazione, fondata su principi di equità nell'accesso ai servizi, di protezione e valorizzazione delle differenze, di inclusione di questi gruppi nelle politiche per i poveri, dall'educazione alla formazione professionale, alla casa, all'assistenza sanitaria (DL 25 luglio 1998 286). Sulla base di questi principi il regolamento nazionale sugli stranieri immigrati del 1999 (DPR 31 agosto 1999 n. 394) per la parte relativa all'assistenza sanitaria ha disciplinato procedure di registrazione nel Servizio sanitario nazionale per gli stranieri regolari e, per la prima volta in un paese europeo, ha introdotto per gli stranieri irregolari meccanismi di accesso all'assistenza sanitaria urgente ed essenziale per malattie, incidenti e maternità (con possibilità di continuità delle cure) e alla medicina preventiva, gratuita per i poveri (su reddito autocertificato) e senza notificazione dell'identità alla polizia. Uno specifico progetto obiettivo del governo sta elaborando raccomandazioni specifiche per particolari problemi di salute di queste popolazioni, come le madri, i bambini e i lavoratori a maggior rischio, e per i problemi di qualità dell'assistenza in un contesto multiculturale.

In campo non sanitario non si può documentare nessuna politica che sia stata esplicitamente giustificata anche da obiettivi di riduzione delle disuguaglianze nella salute. Politiche generali come quelle occupazionali (lavori socialmente utili) o quelle di sostegno del reddito (reddito minimo di inserzione) potrebbero avere benefici sulla salute, ma la loro applicazione o sperimentazione non ha previsto di valutarne l'impatto sulla salute. Anche le politiche di settore, come quelle sulla casa, sulla scuola o sulla rigenerazione di aree urbane, pos-

sono avere ricadute per la salute, ma non vengono valutate per questo scopo. È impossibile documentare in modo empirico quanto queste iniziative politiche siano state influenzate dai risultati della ricerca sulle disuguaglianze nella salute. Nel caso delle politiche in campo sanitario la storia di questi anni ha voluto che a interpretare gli sviluppi di una pianificazione basata sull'evidenza fossero chiamati professionisti dal mondo sanitario e della ricerca medica, sociale ed economica che avevano partecipato all'elaborazione del primo rapporto sulle disuguaglianze nella salute in Italia. Queste iniziative fanno pensare che si stia procedendo verso la penetrazione di questi obiettivi di eguaglianza nell'ambito sanitario, almeno a livello di programmazione nelle politiche sanitarie.

Indicazioni generali di programmazione per l'assunzione di nuove responsabilità dell'assistenza sanitaria nel generare disuguaglianze nella salute. Occorre esercitare un controllo affinché le iniziative di trasformazione dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria (soprattutto la definizione dei livelli essenziali di assistenza, LEA, in un contesto di federalismo sanitario e di competizione con le forme integrative di assistenza) non aumentino le disuguaglianze nella salute. Un primo effetto di rischio riguarda le differenze nel grado di incertezza percepita dalle persone circa la disponibilità di assistenza sanitaria. Poiché l'incertezza genera insicurezza, la quale a sua volta è uno dei fattori psicosociali dell'insorgenza di patologie, se i LEA vengono percepiti da parte dei meno avvantaggiati come una loro penalizzazione, la loro definizione finirà per rappresentare un possibile fattore propulsivo delle disuguaglianze nella salute.

Un altro possibile fattore riguarda lo stigma che risulta dal condizionamento dei livelli di assistenza nelle proprie libertà di scelta a causa del proprio status; anche questo può rappresentare un fattore di rischio psicosociale che si aggiunge a quelli già presenti in coloro che sono svantaggiati nel profilo di salute. Per contrastare questi processi si potrebbe contrapporre un marketing sociale molto aggressivo, che nella presentazione dei LEA tenda a promuovere l'argomento dell'efficacia contro quello del razionamento. Su un piano più diretto, la definizione dei livelli di assistenza non dovrebbe, in linea di principio, minacciare l'equità negli esiti di salute, purché non si verifichi un aumento degli ostacoli burocratici all'assistenza che già oggi fungono da barriera a una presentazione tempestiva dei propri problemi di salute da parte delle classi meno istruite e più svantaggiate. Anche in questo settore occorre che la programmazione sappia dotarsi di sistemi di comunicazione e di valutazione d'impatto, in modo da esercitare un controllo sugli effetti delle disuguaglianze nell'accesso alle cure.

Un argomento positivo potrebbe essere quello che introduce la sovrarequisita tra le variabili operative che definiscono i livelli di assistenza. In questo caso la discriminazione potrebbe essere giustificata da considerazioni di efficienza, dato che un intervento è più efficiente se agisce su fasce di popolazione dove massima è la potenzialità di risultato. Ci sono buone ragioni per affermare ciò. Anche nelle politiche sociali è sempre più condiviso il principio secondo il quale le politiche di welfare universalistiche non sarebbero idonee a limitare l'impatto delle ingiustizie e invertirne il corso, dato che queste politiche distribuiscono reti di garanzie in modo uniforme a tutte le persone, quando invece la necessità non è distribuita in modo uniforme, bensì tende a cumularsi in circuiti di svantaggio da cui le persone non saprebbero uscire da sole.

Occorrerebbero invece politiche di lancio, che sappiano fare uscire i più bisognosi da quei circuiti di svantaggio. Anche nell'assistenza sanitaria sarebbe necessario studiare e speri-

mentare procedure operative di discriminazione positiva, da includere nella definizione dei livelli di assistenza, che funzionino da molla per superare la trappola del ritardo di presentazione e di ricerca della soluzione appropriata di un problema di salute.

Questo tema è ancora più di attualità in tutti quei casi in cui l'inclusione di un intervento nei livelli di assistenza dovesse caratterizzarsi come restrizione all'accesso a una cura sulla base di criteri di gravità (si pensi per esempio al modello neozelandese); in queste situazioni i problemi di salute in fase meno grave sarebbero dirottati all'assistenza integrativa e i più poveri non avrebbero nessuna motivazione né facilitazione per riconoscere i propri problemi di salute in fase precoce e, quindi, a uscire dalla trappola delle cure tardive per problemi non risolvibili.

Un caso particolare è l'introduzione di una nuova tecnologia efficace molto costosa. Nel primo periodo del suo impiego è probabile che si sviluppino disuguaglianze nella salute a sfavore dei più poveri e meno istruiti, dato che in presenza di un'offerta ancora scarsa (per diffusione strumentale e di competenze professionali) sono i più ricchi di risorse culturali, materiali e relazionali a saper negoziare un accesso facilitato alla tecnologia.

L'impatto sulle disuguaglianze nella salute è particolarmente intenso in tutti i casi in cui la riserva di salute aggredibile dalla nuova tecnologia sia rilevante per tutti (per esempio, un trapianto o un bypass per la sopravvivenza o una protesi d'anca per la qualità della vita), mentre è trascurabile o addirittura in controtendenza nei casi in cui il beneficio ricavabile dai più ricchi sia modesto (per esempio, la neonatologia intensiva rispetto alla mortalità perinatale, dove i figli dei ricchi hanno già raggiunto il traguardo di bassa mortalità che è biologicamente raggiungibile, e tutto il beneficio residuo sarebbe a vantaggio dei più poveri, che attraverso la neonatologia colmerebbero così lo svantaggio di partenza). Questo caso insegna che si devono esaminare i meccanismi di discussione che si possono ingenerare in occasione dell'introduzione di ogni nuova tecnologia per prevederne l'impatto in termini di disuguaglianze e preparare utili contromosse.

Un ulteriore caso importante per le disuguaglianze nella salute riguarda tutte le situazioni in cui nella definizione dei livelli di assistenza venga incluso un criterio di merito che discrimina l'accesso sulla base della possibilità per il soggetto di trarre vantaggio dalla cura. Spesso questi criteri riguardano scelte personali (il fumo, per esempio) sulle quali gli individui di bassa posizione sociale hanno un livello di controllo molto limitato, proprio a causa delle loro storie di vita e dei fattori psicosociali di stress a cui sono esposti. È ovvio che questi criteri sono da escludere, perché discriminerebbero fortemente l'accesso ai livelli di assistenza sulla base delle condizioni sociali delle persone e della loro traiettoria di vita.

Solo un sistema e un'organizzazione sanitaria sensibili e vigili, in fase di progettazione e di attuazione, sono in grado di identificare e monitorare i tanti modi con cui si possono realizzare discriminazioni all'accesso e all'uso di cure efficaci e tempestive. L'equità dovrebbe quindi diventare un criterio essenziale sia nelle valutazioni d'impatto che si fanno a priori nella progettazione di interventi e nell'introduzione di nuove tecnologie (health impact assessment, technology assessment) sia in sede di gestione dell'assistenza sanitaria a livello aziendale e professionale (equity audit). Le trasformazioni dell'organizzazione sanitaria non sono buone o cattive per l'equità in linea di principio; esistono piuttosto organizzazioni capaci o non capaci di darsi come mandato prioritario quello di riconoscere e di contrastare le disuguaglianze nelle maglie di tutte le attività e dei processi che caratterizzano la vita.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Mackenbach JP et al and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet* 1997; 349: 1655-9.
- 2) Costa G et al. Torino, storie di salute in una grande città. Torino: Ufficio di statistica, Osservatorio socio-economico torinese. 1998.
- 3) Cardano M et al. Famiglia e salute. Differenze e disuguaglianze di mortalità a Torino negli anni novanta.
- 4) Rapiti E et al. Disuguaglianze socioeconomiche nell'efficacia dei trattamenti sanitari. Tre esempi nel Lazio. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 153-60.
- 5) Materia E et al. Disuguaglianze nell'assistenza sanitaria: ospedalizzazione e posizione socio-economica a Roma. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 197-206.
- 6) Ancona C et al. Disuguaglianze nell'accesso all'unità di terapia intensiva coronarica per i pazienti ricoverati con infarto acuto del miocardio a Roma. Atti della XXIV Riunione annuale dell'Associazione italiana di epidemiologia, Roma 18-21 ottobre 2000.
- 7) Farchi S et al. Differenze sociali nei tassi di ospedalizzazione tra bambini e adolescenti: uno studio longitudinale a Roma. Atti della XXIV Riunione annuale dell'Associazione italiana di epidemiologia, Roma 18-21 ottobre 2000.
- 8) Davoli M et al. Stato socioeconomico e asma bronchiale nei bambini a Roma: l'uso di indicatori individuali e di area. Atti della XXIV Riunione annuale dell'Associazione italiana di epidemiologia, Roma 18-21 ottobre 2000.
- 9) Cacciani L et al. Income, Income distribution and Hospitalisation: an Ecologic Study in Rome, Italy. In: *Health Policy and Economics: Strategic Issues in Health care management*. Ashgate Publishing Ltd, 2001 (in corso di stampa).
- 10) Costa G et al. Mortalità per professioni in Italia negli anni '80. Roma: ISPESL (Collana quaderni ISPELS 2), 1995.
- 11) Costa G et al (a cura di). L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. Fondazione SmithKline. Milano: Franco Angeli, 1994.
- 12) Ministero della sanità. Piano sanitario nazionale 1998-2000. Un patto di solidarietà per la salute. Roma: Ministero della sanità, 1998.
- 13) Michelozzi P et al. Inequality in health: socioeconomic differentials in mortality in Rome, 1990-95. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 687-93.
- 14) Cadum E et al. Deprivazione e mortalità: un indice di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base geografica. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 175-87.
- 15) Materia E et al. Disuguaglianza nella distribuzione del reddito e mortalità in Italia: studio ecologico. Atti della XXIV Riunione annuale dell'Associazione italiana di epidemiologia, Roma 18-21 ottobre 2000.
- 16) Costa G et al. Indagini e basi informative per lo studio di dati biografici. In: *Società Italiana di Statistica. Atti della XXXIX Riunione Scientifica* (vol. 1), Sorrento 14-17 aprile 1998.
- 17) Cardano M et al. Classi sociali e salute. Le disuguaglianze di mortalità a Torino. In: *Mutamenti della struttura di classe in Italia. Quaderni di Sociologia* 1998; vol. XLII: 17.
- 18) Dirindin N et al. Assessing public action in Europe: health policies. In: *Workshop on "Regional differences, Inequality and social exclusion in the design of public policies"*. Roma: Banca d'Italia, 2000.
- 19) Acheson D et al. Independent inquiry into inequalities in health. Report. Londra: The Stationery Office, 1998.
- 20) Ministero della sanità. I determinanti sociali della salute. I fatti concreti (tradotto da Wilkinson R et al. *Social determinants of health. The solid facts*) Roma: WHO Europe, 1998.
- 21) Segnan N. Socioeconomic status and cancer screening. *IARC Sci Publ* 1997; 138: 369-76.
- 22) Segnan N et al. Practice of early diagnosis of breast and uterine cervix cancer in a Northern Italian town. *Tumori* 1990; 76: 227-33.