

“GUADAGNARE SALUTE”

Un importante traguardo nella storia recente della sanità pubblica italiana è stato raggiunto con il programma “Guadagnare salute”, approvato dal Governo con il Dpcm del 4 maggio 2007, in accordo con le Regioni. “Guadagnare salute” rappresenta il primo documento programmatico finalizzato alla realizzazione di interventi per la tutela e la promozione della salute pubblica, concordati fra Amministrazioni centrali e locali e organizzazioni non governative, che favorisce l’intersettorialità delle azioni di prevenzione. Obiettivo primario è agire sui quattro principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione ed inattività fisica), affrontati non solo dal punto di vista sanitario ma come “fenomeni sociali”. Importante è anche modificare l’ambiente di vita al fine di migliorare la salute ed eliminare disuguaglianze fra i cittadini e, al tempo stesso, continuare a garantire la sostenibilità del Sistema Sanitario in termini economici e di efficacia.

Il Programma è già operativo: un primo segnale della volontà di concretezza è stata, il 3 maggio 2007, la firma di protocolli d’intesa tra il Ministro della Salute Livia Turco ed i rappresentanti di 22 organizzazioni appartenenti al mondo delle imprese, del sindacato e dell’associazionismo che si sono impegnate, nei loro rispettivi ambiti, a realizzare iniziative specifiche. È stata, quindi, costituita una “Piattaforma Nazionale su alimentazione, attività fisica e tabagismo”, per il monitoraggio delle attività programmate e la definizione di nuovi obiettivi. Alla Piattaforma partecipano i rappresentanti delle Amministrazioni centrali e periferiche e le organizzazioni firmatarie dei protocolli d’intesa. (Rapporto Osservasalute 2007).

FUMO

Il tabagismo rappresenta un problema di Sanità Pubblica che richiede adeguate politiche di controllo: la maggior parte dei Paesi Europei ha adottato regole più severe sul fumo, ma per ridurre significativamente il consumo di tabacco, ulteriori sforzi si rendono ancora necessari e nuove iniziative devono essere intraprese, anche per tutelare la salute dei non fumatori.

Nel nostro paese, il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie ha attivato una "Strategia nazionale per la prevenzione dei danni del fumo", che coinvolge e coordina tutte le istituzioni, amministrazioni ed enti interessati nel promuovere stili di vita sani. Il progetto ha come obiettivo finale la riduzione della mortalità e dell’incidenza delle malattie correlate al fumo. Questa strategia si rivolge ai fumatori passivi, ai non fumatori e ai fumatori attivi tramite l’applicazione e il rispetto del divieto di fumo, campagne informative nazionali e locali, politiche fiscali e dei prezzi, regolamentazione della pubblicità, programmi di prevenzione nelle scuole e in contesti giovanili extrascolastici, potenziamento e diffusione delle informazioni dei Centri antitabacco, formazione dei professionisti della salute (Medici di Medicina Generale, specialisti, infermieri e farmacisti). (Rapporto Osservasalute 2007).

In questo contesto si inserisce la legge n. 3 del 16 gennaio 2003, entrata in vigore il 10 gennaio 2005: la normativa prevede il divieto di fumo nei locali al chiuso accessibili ad utenti o al pubblico, compresi i luoghi di lavoro e i locali ricreativi, ad eccezione degli spazi riservati ai fumatori, purchè dotati di impianti per la ventilazione ed il ricambio di aria. Sebbene la legge rappresenti una misura atta a tutelare i non fumatori dal fumo passivo, il confronto tra prima e dopo la sua applicazione permette di valutarne l’impatto sulla popolazione di fumatori. 2005. I dati mostrano che l’abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex-fumatori è di circa il 53% ed il 21,3% rispettivamente (tabella 1). Nel confronto di dati raccolti nell’ambito dell’Indagine Istat Multiscopo nei due trimestri di rilevazione (dicembre 2004 e marzo 2005), ossia immediatamente prima e tre mesi dopo l’applicazione della legge 3/2003 (art. 51), si osserva un

decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%), in particolare nell'Italia Nord-Occidentale (dal 19,9% al 16,1%) (tabella 2) e un aumento significativo di coloro che hanno tentato di smettere di fumare nell'Italia meridionale (tabella 3). (Rapporto Osservasalute 2006).

Tabella 1 - Persone di 14 anni e più per abitudine al fumo e numero medio di sigarette al giorno per regione (Intervalli di confidenza al 95%) - Anno 2003

Regioni	Fumatori %	Ex Fumatori %	Non Fumatori %	Fumatori di sigarette %	Numero medio sigarette al giorno
Piemonte	24,1(22,8-25,4)	22,8(21,5-24,1)*	51,1(49,6-52,6)	96,7(96,2-97,2)	13,6
Valle d' Aosta	21(13,7-28,3)	23,3(15,7-30,9)	52,4(43,4-61,4)	97,9(95,3-100,5)	13,5
Lombardia	25,1(24,2-26)	21,4(22,2-26)*	51,2(50,2-52,2)*	97,1(96,8-97,4)	13,4
Trentino-Alto Adige	23,8(21,1-26,5)	21,5(18,9-24,1)	51,5(48,3-54,7)	98,6(97,8-99,4)*	12,9
Bolzano-Bozen	25,6(21,6-29,6)	23(19,2-26,8)	49,7(45,1-54,3)	98,6(97,5-99,7)*	12,5
Trento	22,2(18,5-25,9)	20,1(16,5-23,7)	53,2(48,7-57,7)	98,6(97,5-99,7)*	13,4
Veneto	21,8(20,6-23)	23,3(22,1-24,5)*	53,3(51,8-54,8)	97,6(97,2-98)	11,5
Friuli-Venezia Giulia	21,5(19,2-23,8)	23,7(21,3-26,1)	50,6(47,7-53,5)	97,3(96,4-98,2)	14,2
Liguria	22,6(20,6-24,6)	23(20,1-20,9)	53,1(50,7-55,5)	92,7(91,4-93,8)*	14,4
Emilia-Romagna	25,8(24,4-27,2)	24,7(23,4-26)*	48,6(47-50,2)*	96,8(96,3-97,3)	13,1
Toscana	23,3(21,9-24,7)	23,4(22-24,8)*	51,5(49,8-53,2)*	95,8(95,1-96,5)*	13,9
Umbria	21,9(19,1-24,7)	22,3(19,5-25,1)	51,2(47,8-54,6)	97,5(96,4-98,6)	13,9
Marche	23,1(20,9-25,3)	22,8(20,7-24,9)	51,6(49-54,2)	98,1(97,4-98,8)*	13,1
Lazio	27,3(26,1-28,5)	20,8(19,7-21,9)	48,1(46,8-49,4)*	97(96,5-97,5)	14,8
Abruzzo	25,8(20,5-25,1)	21(18,8-23,2)	54,1(51,4-56,8)	97,8(98,0-98,6)*	14,2
Molise	20,9(16,5-25,3)	19,7(15,4-24)	57,3(51,9-60,7)	97,3(95,5-99,1)	13,1
Campania	26,2(25,1-27,3)	17,8(16,8-18,8)*	54(47,7-55,3)	98,9(98,6-99,2)*	15,3
Puglia	20,9(19,7-22,1)*	16,3(15,2-17,4)*	61,6(60-63,1)*	95,6(95-96,2)*	14,0
Basilicata	21,9(18,6-25,2)	20,1(16,9-23,3)	56,3(52,3-60,3)	97,5(96,2-98,7)	13,6
Calabria	19,2(17,5-20,9)*	18,1(16,4-19,8)*	60,8(57,9-62,1)*	97,3(96,6-98)	14,8
Sicilia	23,1(21,9-24,3)	17,9(16,8-19)*	58,6(56,4-59,2)*	97,1(96,8-97,4)	15,6
Sardegna	21(13,7-28,3)	21,5(18,9-24,1)	57,8(57,3-60,1)*	97,9(97,5-98,3)*	15,5
Italia	25(22,9-27,1)	21,3(20,7-21,3)	53(52,6-53,4)	97,1(97,0-97,2)	14,0

*Valori significativamente differenti rispetto alla media nazionale.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Indagine Multiscopo sulle Famiglie Stili di vita e condizioni di salute. Anno 2005.

Tabella 2 - Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre per ripartizione geografica, sesso e trimestre di rilevazione - Dicembre 2004, Marzo 2005

Ripartizioni geografiche	Dicembre 2004			Marzo 2005		
	Maschi %	Femmine %	Totale %	Maschi %	Femmine %	Totale %
Nord-Occidentale	28,7	19,9*	24,1	27,8	16,1*	21,7
Nord-Orientale	25,9	16,8	21,2	26,0	17,8	21,8
Centrale	30,8	20,0	25,2	29,5	17,9	23,4
Meridionale	29,4	13,2	21,0	29,5	12,8	20,9
Insulare	28,8	16,9	22,6	27,9	14,4	20,8
Italia	28,7	17,4*	22,9	28,2	15,8*	21,8

* Valori significativamente differenti nelle due rilevazioni (dicembre 2004 e marzo 2005).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Indagine Multiscopo sulle Famiglie Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari. Gennaio 2006.

Tabella 3 - Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre che hanno tentato di smettere nei 12 mesi precedenti l'intervista per ripartizione geografica, sesso e trimestre di rilevazione - Dicembre 2004, Marzo 2005

Ripartizioni geografiche	Dicembre 2004			Marzo 2005		
	Maschi %	Femmine %	Totale %	Maschi %	Femmine %	Totale %
Nord-Occidentale	23,9	23,6	23,7	23,1	21,2	22,4
Nord-Orientale	23,4	17,9	21,2	27,6	24,0	26,1
Centrale	21,1	19,3	20,4	21,5	22,2	21,8
Meridionale	16,9	16,8	16,9*	21,9	21,3	21,7*
Insulare	22,0	22,3	22,1	21,9	27,0	23,7
Italia	21,3	20,2	20,9	23,2	22,6	23,0

* Valori significativamente differenti nelle due rilevazioni (dicembre 2004 e marzo 2005).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Indagine Multiscopo sulle Famiglie Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari. Gennaio 2006.

OBESITA' E ABITUDINI ALIMENTARI

L'obesità è un problema di Sanità Pubblica globale; per limitare questa epidemia ed invertirne l'andamento è fondamentale l'azione di coordinamento dell'Unione Europea: il 16 novembre 2006, nel corso della Conferenza della Regione Europea dell'OMS, è stata adottata come policy di riferimento la Carta Europea sull'Azione di Contrasto all'Obesità. Questo documento ha lo scopo di indirizzare le politiche dei paesi e le azioni regolatorie, incluse le norme legislative e i relativi piani di attuazione. Il CCM, sulla base di quanto raccomandato a livello internazionale, ha indicato come obiettivi di primaria importanza sia la raccolta di informazioni riguardanti la diffusione di questo fenomeno e il suo impatto sulla popolazione di età infantile, adulta e anziana, sia la pianificazione a livello regionale e locale di interventi di promozione di una corretta alimentazione e adeguata attività fisica. Per concretizzare questo progetto ha definito una strategia d'intervento che prevede un approccio multisettoriale mirato a coinvolgere, oltre al Sistema Sanitario, anche altri soggetti istituzionali e della società civile (scuola, famiglia, servizi sanitari e sociali, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, ecc.) e la creazione di Enti e Istituzioni che condividano obiettivi comuni e definiscano ruoli, regole e modalità di azione con carattere di continuità, per favorire nella popolazione sani comportamenti in tema di alimentazione e attività motoria. (Rapporto Osservasalute 2007)

Obesità in età pediatrica

E' ormai ampiamente accertato che l'obesità in età pediatrica rappresenti un fattore predittivo di obesità in età adulta: il rischio relativo per un bambino obeso di diventare un adulto obeso aumenta con l'età ed è direttamente proporzionale alla gravità dell'eccesso ponderale. La prevenzione dell'obesità in età infantile è un obiettivo di salute che deve essere perseguito attraverso una strategia generale, nella quale si inseriscano interventi preventivi e terapeutici mirati. Proprio la genesi multifattoriale dell'obesità legata alla familiarità (genetica o da variabili ambientali), alle abitudini di vita (scarsa attività fisica, scorretto regime alimentare) o ad alterazioni ormonali, suggerisce un approccio multidisciplinare, che interessi le diverse figure professionali (operatori di sanità pubblica, pediatri, nutrizionisti, psicologi, esperti di attività fisica, esperti di comunicazione...) e che non si rivolga esclusivamente al bambino, ma che preveda il coinvolgimento della scuola e della famiglia.

Tuttavia, a livello nazionale attualmente non è operativo alcun progetto di sanità pubblica. Per questa ragione il CCM ha predisposto un programma di prevenzione dell'obesità, che prevede la creazione di una partnership sia istituzionale con le regioni, sia professionale con associazioni professionali e sindacali interessate. Questa attività di cooperazione è finalizzata al perseguimento di linee di intervento generali, alcune delle quali sono indirizzate, ad esempio, alla promozione dell'allattamento al seno (i bambini allattati con latte artificiale hanno maggiore probabilità di diventare obesi), ad interventi nelle mense scolastiche, alla promozione della pratica dell'attività fisico-sportiva dentro e fuori la scuola, alla verifica dei messaggi promozionali dei prodotti alimentari, con particolare attenzione a quelli rivolti ai bambini. (Rapporto Osservasalute 2006).

ATTIVITA' FISICA

Nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, il Progetto "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute" sottolinea il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare nei confronti di numerose patologie e della sua capacità di ridurre il peso e migliorare il benessere psico-fisico. Su queste indicazioni, molte regioni hanno avviato campagne su temi di

promozione della salute, comprendenti interventi di sensibilizzazione ed azioni dirette su popolazioni target, come ad esempio l'organizzazione del percorso casa-scuola-casa a piedi, per incoraggiare all'attività fisica gli alunni delle scuole, o l'affissione di cartelli in punti strategici per spingere all'utilizzo delle scale. Anche il CCM, che sta coordinando la strategia contro l'obesità, ha interesse a pianificare ed attuare programmi integrati per contrastare gli stili di vita sedentari. Per la loro realizzazione, è previsto il sostegno di interventi da sviluppare a livello regionale e locale, individuati fra quelli raccomandati dall'Unione Europea o dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, come la disponibilità di piste ciclabili e percorsi pedonali, l'organizzazione di manifestazioni e tornei per supportare le pratiche sportive o l'accesso facilitato alle strutture sportive scolastiche/comunali per incoraggiare anche la popolazione infantile.

ALCOOL

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il Centro OMS per la Ricerca sull'Alcol attua, a partire dal 2005, le campagne del Ministero della Salute e diffonde le evidenze, le iniziative e le strategie che possono contribuire a promuovere stili di consumo sani (<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdNews.jsp?id=811>). Altre evidenze e report estesi sull'andamento epidemiologico delle condizioni legate all'uso e all'abuso dell'alcol sono reperibili su Epicentro (<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/alcol.asp>) e in particolare alla sezione "Alcohol Prevention day 2006" (http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/Alcohol_prevention_day.asp). Alla luce delle evidenze esposte appare indispensabile che iniziative rivolte alla sensibilizzazione della popolazione, in particolare quella giovanile e femminile, siano intraprese nell'ottica di un intervento e di una strategia nazionale che privilegi l'identificazione precoce dell'abuso alcolico e del bevitore problematico nei setting di Primary Health Care e il conseguente intervento breve di prevenzione (http://www.phepa.net/units/phepa/pdf/155_03strategia.pdf). È peraltro necessario promuovere costantemente campagne di informazione e di comunicazione, quali quelle promosse dal Ministero della Salute (http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/apd06_comunicazione.asp) che favoriscano azioni di contrasto per quanto riguarda le abitudini di consumo e abuso in contesti in cui salute e sicurezza dovrebbero essere maggiormente tutelati: alcol e guida, alcol e gravidanza, alcol e minori, alcol e lavoro. (Rapporto Osservasalute 2006).

VACCINAZIONI

Le vaccinazioni sono tra gli interventi preventivi più efficaci a disposizione della Sanità Pubblica. Raggiungere una copertura soddisfacente e riuscire ad eliminare alcune delle malattie prevenibili, come il morbillo o la rosolia, è uno degli obiettivi prioritari dei piani di prevenzione nazionale e regionali. Nonostante l'evidenza sugli esiti importanti ottenuti con le vaccinazioni di massa (eradicazione del vaiolo) e la drastica riduzione, nel nostro paese, di malattie come la difterite e il tetano, le coperture vaccinali per alcune malattie sono ancora oggi disomogenee sul territorio. La copertura vaccinale e la valutazione degli scostamenti dal raggiungimento degli obiettivi previsti è molto importante per fornire informazioni essenziali riguardo i programmi di immunizzazione intrapresi, sia in termini di adeguatezza sia di efficienza ed efficacia.

In Italia le coperture vengono rilevate annualmente e vengono valutati i dati al 24° mese per cicli completi (3 dosi) del vaccino anti-Difterite e Tetano (DT), o anti-Difterite, Tetano e Pertosse (DTP), Epatite B, Polio, Haemophilus influenzae di tipo b (Hib) e per una dose di vaccino anti-Morbillo, Rosolia e Parotite (MPR).

Le coperture che riguardano la vaccinazione contro la Poliomielite, DT-DTP e HBV sono uniformemente distribuite su tutto il territorio italiano, con una media nazionale superiore al 95%; ci

sono, però, regioni i cui valori sono ancora al di sotto degli obiettivi previsti (Provincia Autonoma di Bolzano, Calabria, Campania e Sicilia). Per quanto riguarda la vaccinazione MPR i dati non sono ancora ottimali (media nazionale 87,3%) e in confronto ai dati del 2003 si osserva una leggera riduzione della copertura (Rapporto Osservasalute 2006); nessuna regione ha raggiunto il 95%, obiettivo indicato nel Piano Nazionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita. Per quanto concerne l'Hib, negli ultimi anni si è osservato un aumento progressivo della copertura (anche se il valore risulta ancora sub-ottimale, con una media nazionale del 94,7%), probabilmente legato, come già osservato per la Pertosse, all'effetto trascinarsi che si è verificato con l'utilizzo di preparati vaccinali combinati con gli altri previsti nel primo anno di vita. (Rapporto Osservasalute 2007).

Tabella 1 - Tassi di copertura vaccinale (per 100) di bambini di età inferiore ai 24 mesi per regione e tipologia di vaccino - Anno 2005

Regioni	Poliomielite	DT - DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	97,0	96,9	96,8	88,6	94,0
Valle d'Aosta	99,5	99,4	99,3	91,8	98,7
Lombardia	98,3	98,2	98,1	93,0	97,4
Bolzano-Bozen	89,1	88,1	88,4	58,4	87,3
Trento	96,7	96,8	96,0	84,7	94,1
Veneto	97,2	97,2	97,0	92,2	96,0
Friuli-Venezia Giulia	97,1	97,2	96,5	92,1	95,5
Liguria	96,5	96,5	96,4	87,2	94,6
Emilia-Romagna	97,7	97,7	97,4	92,9	96,3
Toscana	95,2	95,9	95,8	89,3	95,3
Umbria	97,9	97,8	97,8	93,2	97,1
Marche	98,1	98,1	97,9	87,5	97,1
Lazio	91,1	90,8	91,6	87,7	89,0
Abruzzo	98,1	98,2	98,1	88,8	98,1
Molise	98,4	98,4	98,4	86,1	98,4
Campania	94,5	97,3	93,5	86,8	89,3
Puglia*	99,0	98,6	99,1	90,2	96,8
Basilicata	98,9	98,9	98,9	87,6	98,9
Calabria	94,6	81,6	81,6	78,4	84,5
Sicilia	92,9	97,8	92,5	83,8	92,6
Sardegna*	98,4	98,4	98,5	92,5	98,5
Italia	96,5	96,2	95,7	87,3	94,7

*Copertura indicata dalla regione.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio V - Malattie Infettive. Aggiornamento al 5 dicembre 2006.

ANAGRAFI VACCINALI INFORMATIZZATE (AVI)

Le Anagrafi Vaccinali Informatizzate (AVI) costituiscono uno strumento di cruciale importanza per condurre le attività dei programmi di vaccinazione ed il loro monitoraggio. Esse, infatti, permettono sia di migliorare l'offerta alla popolazione target, identificando le persone da vaccinare e generando gli inviti, sia di valutare le coperture vaccinali. Quest'ultima funzione è particolarmente utile visto che le coperture vaccinali costituiscono, insieme alla frequenza degli eventi avversi a vaccino e delle malattie prevenibili, un indicatore essenziale dei programmi di vaccinazione.

Nel 2007, è stata condotta un'indagine sul livello di informatizzazione delle anagrafi vaccinali in Italia. All'indagine hanno aderito tutte le regioni.

Dall'analisi dei dati, si evince che in 6 regioni (28,6%) (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Molise, Sardegna, Sicilia) nessuna ASL utilizza un'anagrafe informatizzata; in 5 (23,8%) tutte le ASL utilizzano lo stesso software; in altre 10 (47,6%) vi è un grado di informatizzazione dell'anagrafe vaccinale variabile con software differenti (range di informatizzazione 61,5%-100%). In totale, 126

(70%) ASL hanno un anagrafe vaccinale informatizzata, in 86 (68%) delle quali c'è un trasferimento dati per via informatica con l'anagrafe sanitaria o con quella comunale. (Rapporto Osservasalute 2007)

Tabella 1 - Caratteristiche delle anagrafi vaccinali informatizzate per alcune regioni

Regioni	Dati di copertura vaccinale trasmessi dalle ASL alle regioni (aggregati/individuali) (N e % di ASL)	Informazioni archiviate
Piemonte	aggregati	Vaccinazioni previste dal calendario nazionale per l'infanzia
Valle d'Aosta	individuali	Vaccinazioni previste dal calendario nazionale per l'infanzia
Lombardia	aggregati	Tutte le vaccinazioni, per alcune coorti di nascita
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>individuali, condivisi in rete da tutte le ASL</i>	<i>Tutte le vaccinazioni, per tutte le età</i>
<i>Trento</i>	<i>individuali, condivisi in rete da tutte le ASL</i>	<i>Tutte le vaccinazioni, per tutte le età</i>
Veneto	aggregati	Tutte le vaccinazioni, per tutte le età
Friuli-Venezia Giulia	individuali, condivisi in rete da tutte le ASL	Tutte le vaccinazioni, per tutte le età
Liguria	aggregati	Tutte le vaccinazioni, per tutte le età
Emilia-Romagna	aggregati	Vaccinazioni previste dal calendario nazionale per l'infanzia
Toscana	aggregati	Diverso per ciascuna ASL
Umbria	individuali, accessibili alla Regione	Tutte le vaccinazioni, per alcune coorti di nascita
Marche	aggregati	Tutte le vaccinazioni, per alcune coorti di nascita
Lazio	1 (8,4%) individuali 11 (91,6%) aggregati	Diverso per ciascuna ASL
Campania	5 (38,5%) individuali 8 (61,5%) aggregati	Diverso per ciascuna ASL
Puglia	2 (33,4%) individuali 4 (66,6%) aggregati	Tutte le vaccinazioni, per alcune coorti di nascita

Gruppo Interregionale malattie infettive e vaccinazioni: Abruzzo, R. Cassiani; Basilicata, F. Locuratolo; P.A. Bolzano, G. Morosetti; Calabria, A. Zaccone; Campania, R. Pizzuti; Emilia-Romagna, A. C. Finarelli; Friuli-Venezia Giulia, T. Gallo; Lazio, F. Curtale; Liguria, R. Carloni; Lombardia, A. Pavan; Marche, G. Grilli; Molise, R. Patriarchi, L. A. D'Alò; Piemonte, A. Barale; Puglia, R. Prato; Sardegna, G. Rossi; Sicilia, S. Ciriminna; Toscana, E. Balocchi; P.A. Trento, V. Carraro; Umbria, A. Tosti; Valle d'Aosta, L. Sodano; Veneto, A. Ferro.

INCIDENTI STRADALI

Gli incidenti sono un problema di Sanità Pubblica. Il controllo dei comportamenti a rischio (uso di sostanze psicotrope, alcolici e droghe comprese) e il controllo sulle strade da parte di organi di polizia stradale appaiono lungi dall'aver raggiunto diffusione e risultati ottimali su tutto il territorio nazionale. Purtroppo, occorre sottolineare l'incremento della diffusione di campagne di promozione di comportamenti corretti che, per poter essere maggiormente efficaci, necessitano di essere supportati da azioni di vigilanza sui comportamenti sulla strada, che abbiano caratteristiche di costanza e continuità. Adeguate azioni legislative, come l'introduzione della patente a punti o l'introduzione dell'obbligo del casco per ciclomotoristi maggiorenni, corrono il rischio di vedere vanificati nel tempo gli effetti positivi se non supportati da altrettanto adeguate azioni di controllo.

La prevenzione degli incidenti stradali rappresenta uno dei quattro ambiti del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, insieme alla prevenzione della patologia cardiovascolare, allo screening dei tumori ed al piano delle vaccinazioni. Non a caso il Piano Nazionale per la Sicurezza Stradale (Piano Nazionale per la Prevenzione 2005-2007) ha individuato le seguenti linee di azione:

- adozione di misure di indirizzo, coordinamento e incentivazione;
- rafforzamento dell'azione sanitaria in termini di misure preventive, di controllo e assistenza;

- costruzione di una cultura della sicurezza stradale (formazione scolastica, educazione permanente, formazione tecnico-amministrativa, settore produttivo);
- sviluppo dell'informazione agli utenti e delle campagne di sensibilizzazione;
- miglioramento delle regole e dei controlli su veicoli, conducenti e servizi di trasporto;
- miglioramento dell'organizzazione del traffico e della rete infrastrutturale;
- rafforzamento dell'azione di prevenzione, controllo e repressione a livello centrale e locale.

INFORTUNI SUL LAVORO

La filosofia delle direttive comunitarie in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro, recepite in Italia con il D.Lgs 626/94, proponevano una cultura della prevenzione e della sicurezza sui luoghi di lavoro intesa come investimento nella "risorsa salute" dei lavoratori e delle organizzazioni. Questo si inserisce pienamente nella nuova strategia "Guadagnare salute" promossa dal Ministero della Salute. Nell'ambito della prevenzione degli infortuni sul lavoro, il CCM ha affidato all'Ispeil il progetto di costruzione di un sistema di sorveglianza degli infortuni mortali sul lavoro. Obiettivo di questo progetto è costruire un sistema di sorveglianza degli infortuni mortali sul lavoro basato sulla raccolta di informazioni standardizzate e condivise delle modalità dell'accaduto. (<http://www.ccm-network.it/?q=node/95>).

Il CCM ha affidato, inoltre, alla Regione Piemonte il progetto di realizzazione di un sistema informativo integrato per la sorveglianza degli infortuni da lavoro

Obiettivo di questo progetto, coordinato dalla Regione Piemonte, è consolidare e sostenere il sistema di sorveglianza degli infortuni mortali sul lavoro. Attualmente, in Italia non è disponibile una fonte informativa in grado di descrivere gli effetti sulla salute del lavoro e delle sue trasformazioni. In più occasioni le istituzioni si sono scontrate con la difficoltà di comprendere e valutare gli effetti attesi sulla salute dei cambiamenti intervenuti e delle relative politiche del lavoro (contratti atipici, mobilità lavorativa, terzizzazione), dei regimi previdenziali (lavori usuranti), della sicurezza (aumento delle piccole imprese, dell'età media degli occupati, dei lavoratori stranieri). Per dare risposta a queste domande è stato quindi costruito un sistema di indagine integrato sulla storia lavorativa dei lavoratori e sui loro problemi di salute e di sicurezza. (<http://www.ccm-network.it/?q=node/96>)

INCIDENTI DOMESTICI

In Italia la legge 493/99 indica le funzioni del Servizio Sanitario Nazionale in materia di sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici, dando particolare enfasi alle azioni di informazione ed educazione sanitaria e alla realizzazione di un sistema informativo dedicato istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 dedica uno specifico paragrafo a tale problematica, richiamando gli obiettivi del piano sanitario nazionale di riduzione della mortalità e disabilità derivanti da incidenti domestici, obiettivi in molti casi recepiti e contestualizzati nei piani sanitari regionali.

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano da anni uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Nel 2002 si sono verificati nel nostro Paese 236 mila decessi per queste patologie, che rappresentano il 42,5% del totale.

La coesistenza di più fattori di rischio cardiovascolare ha un effetto sinergico nel determinare il rischio di malattia. La correzione di questi fattori incide notevolmente sulla riduzione del rischio di malattia.

L'attività del Progetto Cuore, operativo dal 2004, si è intrecciata con quella del Pnp 2005-2007, che individua la prevenzione delle malattie cardiovascolari tra i suoi ambiti di intervento. Principali risultati, anche con riferimento alle azioni centrali L'integrazione del Pnp con i progetti Ccm ha favorito l'implementazione e lo sviluppo della prevenzione cardiovascolare a livello locale. Il Progetto Cuore ha fornito i seguenti strumenti (di cui il Pnp ha favorito la diffusione e l'utilizzo):

- software cuore.exe per il calcolo del rischio cardiovascolare
- Piano nazionale di formazione
- sostegno alle attività di monitoraggio (registri, osservatorio)

I risultati ottenuti sono molto positivi. Solo quattro Regioni non hanno aderito al piano di formazione nazionale, prevedendo comunque una formazione in ambito regionale. Considerando che per i programmi non ancor validati scientificamente sul territorio nazionale le Regioni hanno avuto la possibilità di attuare dei progetti pilota, per verificarne l'impatto prima della messa a regime, obiettivo futuro è l'implementazione e l'ulteriore diffusione dell'applicazione della carta e del piano di formazione. (Stato di attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007)

PREVENZIONE SECONDARIA

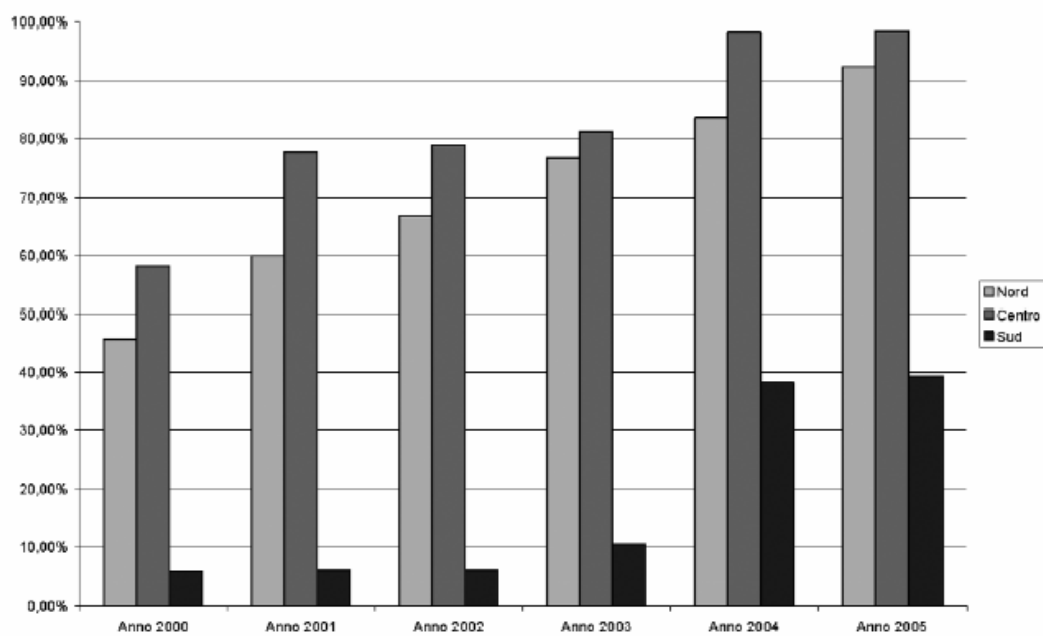
SCREENING PER IL TUMORE DELLA MAMMELLA

L'attivazione dei programmi di screening per il tumore della mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati basati su invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. L'Osservatorio Nazionale sugli Screening (ONS) raccoglie annualmente informazioni sullo stato di attuazione dei programmi in Italia e ne monitora l'evoluzione attraverso le informazioni che pervengono dalle survey del GISMa che vengono effettuate ogni anno. La diffusione dei programmi di screening organizzato è un indicatore dell'entità e dell'omogeneità dell'offerta di prevenzione secondaria oncologica sul territorio.

I dati 2004 confermano che vi è stata un'espansione dei programmi di screening. Nel 2005 si assiste, sostanzialmente, al completamento dell'attivazione di tutto il Centro (estensione teorica: 98,6%) ed il Nord Italia (estensione teorica: 92,4%). Permane un forte squilibrio con il Sud che, dopo un rilevante spunto tra il 2003 ed il 2004, incrementa l'estensione dei propri programmi di screening solamente dal 38,3% (2004) al 39,3% (2005). Complessivamente, in Italia, l'estensione teorica che nel 2004 era del 71,9% passa nel 2005 al 76,4%. Nel 2003 lo stesso valore si attestava al 56,2%. Il grafico 1 riporta l'andamento temporale degli ultimi anni distinto per grandi ripartizioni geografiche, invece, la tabella 1, estratta con modifiche dal Quinto Rapporto, riporta l'estensione teorica nelle regioni italiane nel 2004 e, seppur con dati provvisori, nel 2005.

Disporre di un programma attivo, non necessariamente significa regolarità e completezza degli inviti. L'estensione effettiva rappresenta il numero di donne invitate da un programma di screening. Si riferisce quindi alla capacità organizzativa del programma di invitare tutta la popolazione target annuale. A fronte di un 71,9% di donne inserite in un programma di screening si ha una capacità effettiva di invito nel 2004, complessivamente del 52%, che parrebbe anche in lieve flessione sulla base dei dati preliminari 2005 (50,3%). Infatti, i dati del Quinto Rapporto, riportano che nel 2004 sono state invitate 1.867.489 donne di età 50-69 anni su circa 7.200.000. Questo significa che vi sono programmi non entrati ancora a regime oppure che non si riesce a mantenere un ritmo di attività sufficiente per invitare tutta la popolazione obiettivo ad effettuare lo screening ogni 2 anni. Programmi che invitino in un anno più della metà della popolazione obiettivo (da invitare in due anni) possono invece superare il 100% di estensione effettiva. (Rapporto Osservasalute 2007).

Grafico 1 - Percentuale di donne in età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico organizzato* per ripartizione geografica – Anni 2000-2005



*Programmi attivati a fine anno.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Osservatorio Nazionale Screening. Quinto Rapporto. Novembre 2006.

Tabella 1 - Percentuale di donne in età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico per regione - Anni 2004, 2005

Regioni	Estensione Teorica		Estensione Effettiva
	2004	2005	
Piemonte	100,0	100,0	68,4
Valle d'Aosta	100,0	100,0	81,6
Lombardia	84,9	95,5	69,7
Bolzano-Bozen	100,0	96,9	88,2
Trento	100,0	100,0	56,0
Veneto	82,8	86,3	64,5
Friuli-Venezia Giulia	n.d.	100,0	2,3*
Liguria	51,0	47,4	28,4
Emilia-Romagna	100,0	100,0	88,5
Toscana	100,0	100,0	82,7
Umbria	100,0	100,0	94,5
Marche	73,5	95,0	60,0
Lazio	100,0	98,4	44,2
Abruzzo	44,7	44,0	40,5
Molise	100,0	100,0	118,5
Campania	78,0	85,6	36,3
Puglia	n.d.	n.d.	n.d.
Basilicata	100,0	100,0	78,6
Calabria	4,8	n.d.	n.d.
Sicilia	40,2	38,2	15,8
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	71,9	76,4	50,3

n.d. = non disponibile.

*Programma attivato a fine 2005.

SCREENING PER IL CERVICOCARCINOMA UTERINO

Sono stati pubblicati sul Quinto Rapporto dell'ONS i risultati della survey GISCI (Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma) relativa ai programmi attivi in Italia nel 2005, comprensiva dei programmi che avevano realizzato almeno 1.000 inviti¹. La popolazione obiettivo a cui si rivolgono i programmi organizzati ha avuto un incremento di circa 760.000 unità e si assesta a 10.969.571 donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni.

Tale quota è pari al 66,7% della popolazione femminile italiana nella stessa fascia d'età (era 63,6% l'anno precedente). L'analisi per ripartizioni geografiche evidenzia rispetto alla fine del 2004 un passaggio dal 66,4% al 68,8% al Nord, dal 82,6% al 91,2% al Centro e dal 49,1% al 50,2% al Sud. L'incremento precedentemente rilevato, in particolare tra le regioni del Sud, tra il 2003 ed il 2004 che aveva portato il valore dell'indicatore da 29,5% a 49,1% diviene, nel 2005, meno evidente. Il Quinto Rapporto dell'ONS riporta che nel 2005, erano 13 le regioni o le Province Autonome che includevano nella propria popolazione di riferimento tutte le residenti di età compresa tra 25 e 64 anni.

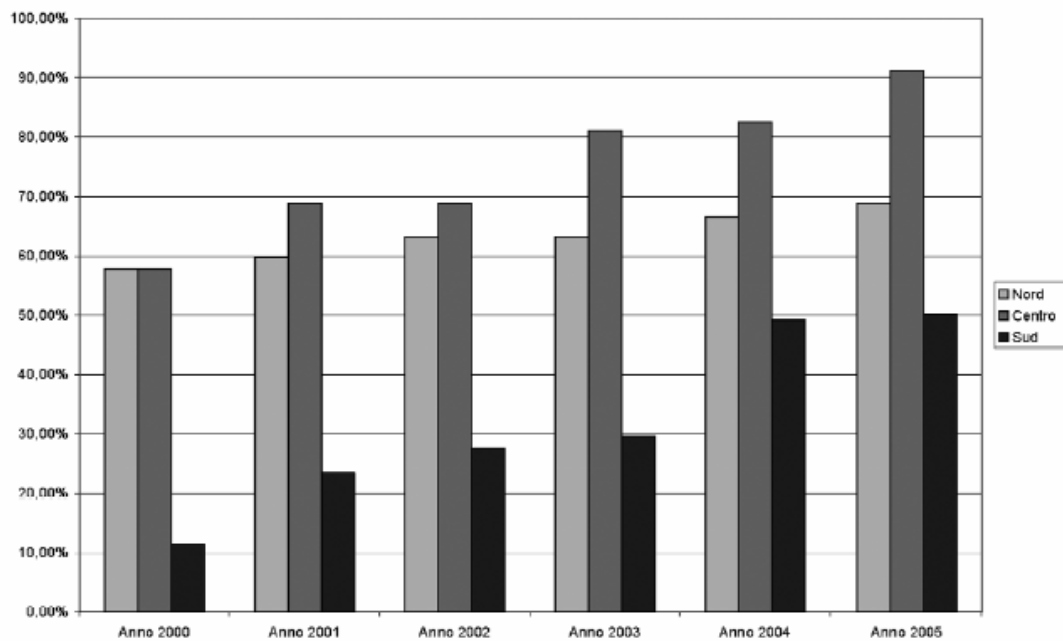
Le regioni che avevano comunicato di avere programmi di screening attivi all'inizio del 2005 sono state classificate in base alla tipologia di attivazione. Alcune regioni avevano un programma regionale unico, destinato a tutta la popolazione obiettivo, in altre il programma regionale comprendeva programmi locali; sono state considerate ad attivazione totale quelle che includevano in programmi attivi tutta la popolazione obiettivo regionale. Per le regioni ad attivazione parziale, che hanno inviato dati, è stato calcolato il rapporto tra la popolazione obiettivo del programma (o dei programmi della stessa regione) e la popolazione residente nella regione nella stessa fascia d'età. Lo standard della proporzione di donne da invitare, per uno screening a regime, dato il periodismo triennale raccomandato per l'esecuzione del Pap-Test, corrisponde ad un terzo della popolazione obiettivo (33,3%). Complessivamente, i programmi italiani sono stati in grado di invitare il 24,8% della

popolazione obiettivo con un lieve calo rispetto alla rilevazione precedente (27,2%). (Rapporto Osservasalute 2007).

Tabella 1 - Livello di attivazione dei programmi di screening per il cervicocarcinoma uterino

Programma regionale unico	Programma regionale ad attivazione totale	Programma regionale ad attivazione parziale
Valle d'Aosta	Piemonte	Campania (92,7%)
Bolzano-Bozen	Veneto	Lazio (79,2%)
Trento	Emilia-Romagna	Sicilia (59,9%)
Friuli-Venezia Giulia	Toscana	Sardegna (29,9%)
Molise	Umbria	Lombardia (29,7%)
Basilicata	Abruzzo	Calabria (9,7%)
	Marche	

Grafico 1 - Percentuale di donne di 25-64 anni inserite in un programma di screening organizzato per il cervicocarcinoma uterino per ripartizione geografica - Anni 2000-2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Osservatorio Nazionale Screening. Quinto Rapporto. Novembre 2006.

SCREENING PER IL CARCINOMA DEL COLONRETTO

Nel corso degli ultimi anni sono state avviate in Italia varie iniziative di screening del carcinoma del colonretto e l'espansione dell'offerta di interventi di screening per questi tumori ha avuto un forte impulso a seguito dell'approvazione della legge 138 del 2004: mentre alla fine del 2004 risultavano attivi in Italia 18 programmi di screening, questo numero era salito a 52 alla fine del 2005. Il piano di attuazione delle indicazioni contenute nella legge prevede che tutte le regioni italiane attivino programmi di screening dei tumori coloretali in grado di coprire almeno il 50% della popolazione bersaglio entro la fine del 2007. I test di screening proposti nell'ambito di programmi di screening di

popolazione sono il test per la ricerca del sangue occulto fecale (FOBT) e la sigmoidoscopia (FS). Non viene raccomandato un unico modello di intervento da estendere all'intero territorio nazionale, ma si indica come obiettivo da perseguire in modo coordinato a livello nazionale la valutazione delle implicazioni organizzative e finanziarie e dell'impatto dei diversi protocolli e test di screening.

Il Gruppo Italiano Screening dei tumori ColoRettali (GISCoR) ha avviato un progetto per la definizione di indicatori per il monitoraggio dell'attività e della qualità dei programmi, che ha condotto alla produzione di un manuale in fase di pubblicazione. Sono disponibili dati relativamente alla copertura raggiunta dai programmi attivi, raccolti nella survey sull'attività del 2005, pubblicata nel Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening.

I risultati dell'indagine nazionale condotta dal GISCoR indicavano che alla fine del 2005 il 31,6% della popolazione italiana di età compresa tra 50-69 anni era residente in aree coperte da un programma di screening (48,9% al Nord, 34,6% al Centro e 4,4% al Sud). Si stima che la proporzione di soggetti inclusi nella popolazione bersaglio dei programmi che ha effettivamente ricevuto un invito sia di circa il 57% per i programmi che utilizzano il FOBT e il 61% per quelli che utilizzano la FS. Oltre ai programmi regionali di Toscana, Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna e Basilicata, sono stati avviati nel 2006 i programmi della Valle d'Aosta e dell'Umbria; sono stati inoltre avviati programmi in quasi tutte le ASL della Lombardia e in alcune aree della Campania. (Rapporto Osservasalute 2007).

PREVENZIONE TERZIARIA

PREVENZIONE DELLE RECIDIVE CARDIOVASCOLARI

La prevenzione delle recidive cardiovascolari è inserita nell'ambito del "Progetto Cuore 2005-2006". Le linee operative per la prevenzione delle recidive sono partite in ritardo rispetto alle altre, pertanto molte attività sono ancora in fase di realizzazione. (Stato di attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007)

PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE MELLITO

Il prolungamento dell'aspettativa di vita dei pazienti affetti da diabete mellito unito alla sempre crescente incidenza dei casi secondaria ai cambiamenti di stili di vita, ha portato e porterà a un aumento della prevalenza di questa patologia, con una conseguente moltiplicazione del rischio di sviluppo di complicanze a medio e lungo termine (cardiovascolari, neurologiche, renali, oculari, ecc). In assenza di prevenzione, questa tendenza condurrà a un aumento del carico di malattia e disabilità non più sostenibile dal Ssn. Di qui la necessità di introdurre nuovi modelli assistenziali per le patologie croniche che consentano, attraverso una migliore organizzazione dei servizi e una maggiore responsabilizzazione di tutte le parti in causa (pazienti compresi), di prevenire o ritardare il più possibile l'insorgenza delle complicanze.

Al riguardo, il disease management, o gestione integrata, si pone attualmente come prototipo di modello organizzativo per costruire percorsi assistenziali condivisi: l'applicazione alla diabetologia si propone di sperimentarlo anche in previsione di una sua futura applicabilità a tutte le patologie croniche.

Il Progetto Igea ha l'obiettivo di predisporre un progetto nazionale sul disease management del diabete. Tuttavia, il quadro nazionale risulta molto variegato: accanto ad alcune realtà, soprattutto del Nord, dove sono presenti esperienze più o meno sviluppate e diffuse di integrazione dell'assistenza diabetologica, esistono Regioni dove si dovrà partire quasi da zero. Soprattutto, è emerso che i diversi

attori coinvolti (operatori di sanità pubblica, società scientifiche, associazioni dei pazienti, ecc) non condividevano appieno gli strumenti necessari allo sviluppo della gestione integrata (linee guida, raccomandazioni, piani di formazione, sistemi informativi, ecc).

Tuttavia, soprattutto nel Centro-Nord, sono state comunque sviluppate linee guida e raccomandazioni, oppure si è provveduto ad adottarne tra quelle disponibili in letteratura. Altre Regioni ancora sono in attesa di indicazioni da parte del Ccm.

Anche per questo, il Progetto Igea si è assunto il compito di sviluppare questi e altri strumenti. Si prevede che, seppure al 31 dicembre 2006 fossero ancora in fase di elaborazione, giunga alla definizione dei principali strumenti entro il 2007. In particolare, Igea ha già messo a disposizione degli operatori

coinvolti, o lo farà entro il 2007:

- il sito internet dedicato al progetto (www.epicentro.iss.it/igea)
- un documento sui requisiti clinici e organizzativi essenziali per la gestione integrata del diabete di tipo 2
- un piano nazionale di formazione per la gestione integrata del diabete di tipo 2
- un documento sui requisiti informativi essenziali per la gestione integrata del diabete di tipo 2.

(Stato di attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007)