

to comunitario riguardante l'attivazione di uno specifico Programma di azioni in materia di salute per la crescita che copra il periodo 2014-2020 (9 novembre 2011);

- proposta per l'adozione di un regolamento comunitario in materia di contrasto alle minacce sanitarie;
- proposta per l'adozione di strumenti di *soft law* (Conclusioni del Consiglio), in materia di promozione di stili di vita salutari e contrasto alle malattie croniche.

Nel corso del 2011 è proseguita la realizzazione del Programma d'azione comunitario riguardante la politica dei consumatori (2007-2013). Il programma mira a completare, sostenere e seguire le politiche degli Stati membri e a contribuire a tutelare la salute, la sicurezza e gli interessi economici e giuridici dei consumatori, nonché a promuovere il diritto di questi all'informazione, all'istruzione e all'organizzazione della difesa dei loro interessi.

4.4. Gli accordi bilaterali di collaborazione sanitaria

Anche nel 2011 le relazioni bilaterali sono proseguite con l'intento di creare una rete di rapporti istituzionali e partenariati tecnico-scientifici tra le Autorità sanitarie centrali, le Regioni e gli Istituti scientifici e ospedalieri dei rispettivi Paesi, da utilizzare, inoltre, nell'ambito dei progetti e programmi multilaterali.

Le attività di collaborazione sanitaria bilaterale possono essere raggruppate in quattro settori principali:

- stipula di nuovi Accordi e Piani d'Azione;
- implementazione degli Accordi esistenti, tramite la realizzazione di *workshop*, corsi di formazione, visite di studio, seminari di confronto ecc.;
- incontri bilaterali tra Ministri della salute;
- ricevimento di delegazioni ufficiali.

Inoltre, viene svolto un ruolo di promozione e di coordinamento per la diffusione delle informazioni e la partecipazione diretta o mediata, tramite gli Enti e gli Istituti scientifici e ospedalieri del SSN, ai progetti di gemellaggio e di partenariato finanziati dall'UE (ENI; IPA; TAIEX) e, ove possibile, ai progetti multilaterali di cooperazione su base regionale, quali per esempio il programma EUROsociAL II per lo sviluppo della coesione sociale nei Paesi dell'America Latina.

Per quanto riguarda il primo punto, nel corso del 2011 sono stati firmati due nuovi Memorandum:

- il Memorandum d'Intesa con la Serbia fra i rispettivi Ministeri della salute;
- il Memorandum d'Intesa fra Istituto superiore di sanità (ISS) e Ministero della salute dell'Albania.

Per dare attuazione alle intese in corso e rafforzare le iniziative di partenariato tecnico e scientifico sono stati firmati diversi Piani d'Azione e protocolli tecnici, quali il Piano d'Azione 2011-2014 con la Cina, il Piano d'Azione 2011-2014 con la Giordania, alcuni protocolli tecnici di collaborazione fra Istituti specializzati (ematologia, tumori) con l'Azerbaijan, 3 protocolli di collaborazione con il Ministero della salute di Malta (2 sui trapianti d'organo e 1 sui farmaci). Relativamente al secondo punto, oltre alle riunioni delle Commissioni di monitoraggio e coordinamento previste dai Memorandum, sono state realizzate diverse attività di confronto e di formazione del personale. In particolare si evidenziano:

- lo stage per due medici specialisti armeni presso l'Unità di chirurgia plastica e ricostruttiva dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini;
- il corso di formazione italo-moldavo a Roma sul finanziamento sanitario e l'audit, a cui hanno partecipato cinque alti dirigenti del Ministero della salute moldavo;
- la missione tecnica a Belgrado per orientare le autorità serbe sulla scelta di installazione di un ciclotrone per la produzione di radiofarmaci;

- il *workshop* italo-serbo sulle cure intensive e l'esperienza ECMO, organizzato dal Ministero della salute italiano in collaborazione con l'Università di Belgrado;
- il corso di formazione italo-messicano a Città del Messico sulle tecnologie sanitarie;
- la partecipazione nel novembre 2011, su invito delle Autorità dell'Uzbekistan, a una Conferenza internazionale di alto livello sulla Salute materno-infantile e il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (*Millennium Development Goals*, MDG).

Si sottolinea, inoltre, il lavoro di rilancio delle relazioni con le nuove autorità libiche, avviato dagli accordi assunti durante la visita del Presidente Monti a Tripoli, per assicurare il sostegno del Governo italiano alla cura dei cittadini libici offesi da ordigni nel corso delle recenti vicende belliche.

Riguardo al terzo punto sono state organizzate numerose visite di livello politico, finalizzate a diffondere la conoscenza del nostro SSN e le nostre migliori eccellenze, in un confronto internazionale che favorisca la crescita complessiva del sistema.

Le attività di collaborazione bilaterale hanno anche riguardato il ricevimento di diverse delegazioni di Stati esteri per incontri bilaterali tecnici. Tra questi si segnalano:

- delegazione governativa di quattro Paesi dell'Asia Centrale su “*One Health*” e approccio multidisciplinare e integrato alla salute (sanità umana e veterinaria);
- delegazione di dirigenti degli Uffici per il controllo degli alimenti e la quarantena di diverse Province cinesi sulla sicurezza alimentare;
- delegazione cinese della provincia del Tibet su servizi di emergenza e cure primarie;
- delegazione coreana sul sistema di finanziamento del SSN;
- delegazione di funzionari giapponesi del settore assicurativo della salute, nell'ambito di un viaggio di studio e scambio culturale con diverse istituzioni italiane;
- delegazione del Kazakistan composta da alti rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e dei centri specializzati di “*Public private partnership*”;
- delegazione del Ministero del lavoro della Turchia sulla legislazione e la medicina del lavoro.

Infine, per quanto riguarda i progetti di gemellaggio finanziati dall'UE, si evidenziano l'aggiudicazione di quello con la Turchia per i controlli di laboratorio sui prodotti immunobiologici e l'avvio del Progetto multilaterale EUROsociAL II, coordinato dalla Spagna, per lo sviluppo della coesione sociale nei Paesi latino-americani.

4.5. I progetti di partenariato euro-mediterranei

I progetti di partenariato euro-mediterraneo sostenuti dal Ministero della salute hanno consentito, pur operando in settori specifici e dunque limitati, un ampio confronto tra i Paesi coinvolti e hanno favorito la coesione tra i rappresentanti dei vari Paesi, anche in un momento storico particolarmente delicato e attraversato da forti tensioni sia interne sia trasversali. In particolare, il confronto tra i diversi sistemi sanitari nazionali ha permesso di individuare aree di eccellenza, così come aree di maggiore debolezza, presenti su entrambe

le sponde, offrendo a essi importanti opportunità di crescita reciproca.

Relativamente ai progetti di partenariato euro-mediterraneo promossi e sostenuti finanziariamente dal Ministero della salute, nel corso del 2011 si sono sviluppate due linee di attività:

- lo sviluppo, il consolidamento e il rafforzamento dei sei progetti in corso, sottoscritti nel 2010 (*Tabella 4.1*);
- la stipula di cinque accordi di collaborazione, siglati a fine 2011 e in fase di avvio (*Tabella 4.2*).

Tabella 4.1. Progetti di partenariato euro-mediterraneo in corso nel 2011

Progetto	Beneficiario	Paesi coinvolti (non-UE)
Cardiochirurgia pediatrica/ chirurgia vascolare	Università di Milano Bicocca	Egitto, Kosovo, Marocco, Siria, Tunisia
Cancer Registries Network	AIRTUM – Associazione Italiana Registri Tumori	Algeria, Egitto, Israele, Libano, Marocco, Palestina, Siria, Tunisia, Turchia
Cancer Screening & Early Diagnosis Programme	ASL TO1 e CPO (Centro Prevenzione Oncologica) del Piemonte	Albania, Algeria, Egitto, Israele, Kosovo, Marocco, Tunisia
MediCel (Food induced diseases – Celiac disease)	Università degli Studi di Napoli – ELFID (European Laboratory for Food Induced Diseases)	Albania, Algeria, Bosnia-Erzegovina, Croazia, Egitto, Israele, Libano, Marocco, Territori Palestinesi, Siria, Tunisia, Turchia
MTN (Mediterranean Transplant Network)	Istituto superiore di sanità – CNT	Algeria, Egitto, Israele, Libano, Marocco, Territori Palestinesi, Tunisia, Turchia
Episouth Plus	Istituto superiore di sanità – CNESPS	Albania, Bosnia-Erzegovina, Egitto, FYROM, Giordania, Israele, Kosovo, Libano, Marocco, Montenegro, Territori Palestinesi, Serbia, Siria, Turchia

Tabella 4.2. Accordi stipulati nel 2011

Progetto	Beneficiario
Registro di popolazione di infarto miocardico	Istituto superiore di sanità
Sorveglianza epidemiologica per il controllo delle malattie neoplastiche nei Paesi del Mediterraneo: dalla registrazione del cancro ai modelli statistici	Istituto superiore di sanità
Rete Internazionale Mediterranea per l'incremento delle donazioni di organi	Istituto superiore di sanità – CNT
MEDICEL – Il network mediterraneo per la celiachia	Università Federico II di Napoli – ELFID
Screening e diagnosi precoce dei tumori nell'area mediterranea	Azienda ospedaliero-universitaria S. Giovanni Battista di Torino

4.6. Il processo di internazionalizzazione del SSN: il Progetto Mattone Internazionale come modello di crescita del sistema

Con Delibera CIPE del 18 dicembre 2008, su proposta del Ministro della salute, è stata stabilita l'assegnazione della somma di euro 8.000.000,00 per la realizzazione di un programma di azioni e di interventi finalizzati alla crescita delle competenze e della struttura organizzativa delle Regioni e Province Autonome italiane nel campo delle collaborazioni internazionali, con particolare riguardo al processo di integrazione europea e alla progettazione nel campo della sanità pubblica e della ricerca. Il Proget-

to, denominato Mattone Internazionale, è posto sotto il coordinamento funzionale del Ministero, della Regione Veneto (capofila) e della Regione Toscana.

Il programma ha preso formalmente avvio nel novembre 2010, con un evento-lancio nazionale, mentre dal punto di vista operativo essenziale è stata la nomina (DM del 21 dicembre 2010) del Gruppo di Coordinamento Generale (GCG). A esso, in qualità di organismo di rappresentanza dei tre Enti coordinatori, sono stati affidati i compiti di super-

visione generale, nonché di approvazione della programmazione e di valutazione di congruità (riguardo sia ai contenuti sia all'economicità) dei sotto-progetti/azioni di cui si compone il programma.

Il 2011 ha rappresentato un momento di svolta del progetto, in quanto si è pienamente realizzato il coinvolgimento di tutte le Regioni italiane che hanno portato, e porteranno anche nel prosieguo, contributi condivisi utili al processo di internazionalizzazione del SSN. Per il tramite dei referenti regionali nominati dagli Assessori regionali alla salute, si è innescata una serie di attività congiunte che ha permesso di recepire informazioni a opera dei livelli locali ("processo ascendente") utili alle interlocuzioni e/o consultazioni lanciate dalla Commissione Europea e dalle Istituzioni internazionali (coordinamento degli input, gruppi di lavoro ecc.) e di riversare informazioni nei livelli locali (*infoday*, *workshop*, seminari formativi ecc.) utili all'*empowerment* degli attori locali negli ambiti sanitari e delle ricerca ("processo discendente"). A titolo esemplificativo, relativamente ai livelli locali, molte Regioni hanno avviato tavoli di lavoro con le Aziende sanitarie e ospedaliere dei propri territori, al fine di stabilire sinergie che, attraverso un processo capillare e trasversale di concreta presa di coscienza dei rispettivi ruoli, possano contribuire a portare i sistemi sanitari regionali ad affacciarsi in modo competitivo nell'arena europea.

In attuazione del Piano approvato in data 22 dicembre 2010, nel corso del 2011 si è proceduto alla realizzazione di una serie di iniziative di informazione e di micro-formazione a gruppi, su proposta di singole Regioni e previa approvazione unanime delle iniziative stesse, caso per caso, da parte del GCG.

Nello stesso anno, sono stati attivati specifici meccanismi di incentivazione (finanziamenti dedicati alle Regioni), per aumentare le competenze e la competizione qualificata delle Regioni nell'arena europea e internazionale.

Le Regioni, di concerto con il Ministero, hanno quindi potuto programmare direttamente attività formative e informative nei livelli locali, nonché pianificare azioni di recepimento di fondi dall'UE negli ambiti della salute, della ricerca e della cooperazione internazionale in ambito sanitario.

Il Progetto Mattone Internazionale, la cui chiusura ufficiale è fissata al 31 dicembre 2013, in attuazione delle attività già programmate e mantenendo vive le azioni di pianificazione futura, prosegue la propria attività di sostegno al processo di crescita internazionale del SSN in tutte le sue molteplici ramificazioni.

Bibliografia essenziale

Progetto Mattone Internazionale. www.progetto-mattoneinternazionale.it. Ultima consultazione: settembre 2012

4.7. Attività internazionale nell'ambito della sicurezza degli alimenti e della veterinaria

L'attività internazionale del Ministero nell'ambito della sicurezza degli alimenti e della veterinaria si sviluppa prevalentemente lungo due assi:

- la collaborazione con gli Organismi internazionali di riferimento (l'Organizzazione Mondiale della Sanità Animale – OIE –, la FAO e l'OMS) e con le Autorità dei Paesi terzi nella finalità di proteggere la sa-

lute del consumatore e la popolazione animale;

- la negoziazione con le Autorità dei Paesi interessati all'*Italian food* delle garanzie sanitarie necessarie per favorire la penetrazione dei nostri migliori prodotti alimentari sui mercati internazionali.

Ai fini della protezione della salute del consumatore italiano e della sicurezza del no-

stro patrimonio zootecnico, assumono particolare rilevanza alcune iniziative assunte a livello internazionale dal nostro Ministero. Tra gli avvenimenti internazionali della veterinaria di maggiore rilievo nel 2011 si deve segnalare l'avvenuta eradicazione della peste bovina. Si tratta della seconda malattia, dopo il vaiolo umano, per la quale è stato possibile dichiarare l'eradicazione a livello mondiale. La peste bovina, una devastante malattia altamente contagiosa e spesso mortale, ha rappresentato una vera e propria maledizione per gli allevatori nel corso dei secoli, contribuendo spesso a carestie che, a loro volta, hanno alimentato disordini e guerre.

Il nostro Paese ha giocato un ruolo di primo piano nel processo di eradicazione della malattia; questo ruolo è stato riconosciuto dalla comunità internazionale e si è concretizzato con l'inaugurazione, davanti alla sede del Ministero della salute di via Ribotta a Roma, di una stele commemorativa, opera del Maestro Alessandro Romano. Alla cerimonia di inaugurazione, avvenuta alla presenza di oltre 150 tra Ambasciatori e rappresentanti di Paesi stranieri, hanno partecipato il Ministro della salute, il Direttore generale della FAO, il Direttore generale dell'OIE e il Vice-Sindaco di Roma.

Tra gli eventi internazionali a carattere più regionale, relativi cioè all'Europa e/o al Mediterraneo, ne vanno segnalati due che sono stati organizzati dal nostro Ministero e che hanno entrambi un importante significato ai fini della protezione della salute del consumatore e della salute della popolazione animale: il *workshop* dei Paesi della Regione Europa dell'OIE e la riunione del Comitato Permanente Congiunto (CPC) di REMESA (*Réseau Méditerranéen de Santé Animale*).

Il *workshop* dei *focal points* per la sicurezza degli alimenti dei Paesi della Regione Europa dell'OIE, tenutosi a Brescia dall'8 al 10 novembre 2011, ha visto la partecipazione di 46 Paesi e la presentazione di rapporti e relazioni di alto livello tecnico che potranno contribuire significativamente alla lotta di alcune zoonosi, in particolare l'echinococcosi, la trichinellosi e le salmonellosi.

Il 20-21 ottobre 2011 si è tenuto a Roma, sotto la presidenza congiunta italo-tunisina, il 4° CPC di REMESA. La partecipazione dei CVO (*Chief Veterinary Officers*) della maggior parte dei 10 Paesi aderenti (i 5 Paesi magrebini – Marocco, Algeria, Tunisia, Libia e Mauritania – più l'Egitto e i 4 Paesi del Sud Europa – Italia, Francia, Spagna e Portogallo), nonché dei rappresentanti delle Organizzazioni internazionali coinvolte (FAO, OIE, UE, Unione Magrebina Africana), ha consentito di definire le principali azioni da svolgere nel 2012 per eradicare o mettere sotto controllo le principali malattie dell'area (in particolare afta epizootica, Blue tongue, *West Nile disease*, febbre della valle del Rift, rabbia e peste dei piccoli ruminanti).

Il Ministero ha poi un ruolo di primaria importanza nel favorire l'esportazione di animali e di prodotti di origine animale, in particolare prodotti a base di carne (es. prosciutto di Parma e San Daniele, salami, bresaola ecc.) e prodotti lattiero-caseari (es. parmigiano reggiano, mozzarella, pecorino ecc.), ma anche mangimi, genetica animale, ovoprodotti ecc.

Per poter esportare le merci sopra indicate i produttori italiani si trovano a dover fornire adeguate garanzie igienico-sanitarie alle Autorità dei Paesi importatori e in tal senso rilevante è il ruolo del Ministero che, su sollecitazione delle Associazioni di categoria interessate o di Confindustria-Federalimentare e con l'ausilio delle nostre Ambasciate, negozia con le Autorità dei Paesi interessati appositi accordi tecnici e/o certificati sanitari.

Il 2011 è stato, da questo punto di vista, un anno particolarmente intenso, con la firma di un'Intesa tecnica, la definizione di 44 nuovi certificati sanitari e la modifica/aggiornamento di 36 certificati sanitari già esistenti. La definizione di nuovi certificati sanitari e l'apertura di nuovi Paesi (tra i quali Cile, Colombia, Indonesia, Macedonia) hanno presumibilmente concorso al buon successo ottenuto nel settore dell'export dei prodotti della salumeria italiana, che nel corso del 2011 hanno conseguito un incremento dell'11%.

PAGINA BIANCA

Attuazione delle linee prioritarie per il raggiungimento degli obiettivi di salute

PAGINA BIANCA

1

Prevenzione

1.1. Attuazione del documento programmatico “Guadagnare Salute”

Quadro programmatico. Più di un quarto di secolo fa, la Conferenza di Ottawa sulla Promozione della Salute ha chiesto di “Costruire una politica per la salute pubblica” e di “creare ambienti favorevoli” per la salute. Oggi è ampiamente riconosciuto che la salute è fondamentale per lo sviluppo complessivo della società, compresa l’economia. Mentre gli effetti sulla salute derivano da cause interconnesse, le competenze del settore sanitario per migliorare la salute e prevenire le malattie sono sempre più limitate. Sono necessarie, pertanto, strategie che coinvolgano altri settori, secondo i principi della “Salute in tutte le politiche”, che delinea la necessità di nuove alleanze, per promuovere lo sviluppo umano, la sostenibilità e l’equità, nonché per migliorare la salute.

Questo richiede un nuovo approccio nella politica e nella *governance* in cui vi sia una *leadership* condivisa fra tutti i settori e i livelli di governo, per affrontare i fattori di rischio, attraverso l’impegno e la partecipazione attiva di settori non sanitari, come la pianificazione, l’agricoltura, l’industria, il commercio, l’economia e l’istruzione. Si richiede, inoltre, l’intervento del settore privato e della società civile. Questo è particolarmente necessario quando si fa riferimento all’emergenza costituita dalle malattie croniche non trasmissibili, che hanno in comune alcuni fattori di rischio (fumo, abuso di alcool, scorretta alimentazione, sovrappeso e/o obesità, sedentarietà) legati, in gran parte, a comportamenti individuali non salutari modificabili, ma condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora.

Per contrastare i principali fattori di rischio di malattie croniche e garantire la sostenibilità del nostro sistema sanitario, l’Italia ha approvato nel 2007 il programma “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari”, una strategia globale che segue gli orientamenti dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dell’Unione Europea (UE) che esortano, in vari documenti, i decisori a seguire un approccio intersettoriale per l’attuazione di interventi che modifichino i comportamenti non salutari.

“Guadagnare Salute” promuove la salute come bene pubblico, attraverso l’integrazione tra le azioni che competono alla collettività e quelle che sono responsabilità dei singoli individui; si caratterizza per l’approccio trasversale ai fattori di rischio e la definizione di strategie intersettoriali, tra loro coordinate, per poter agire anche sui fattori ambientali e sui determinanti socioeconomici che condizionano l’insorgenza delle malattie croniche, secondo i principi della “*Health in all policies*”.

Stato di attuazione nei contesti regionali.

L’attiva partecipazione delle Regioni è uno degli elementi fondamentali per l’attuazione di politiche intersettoriali di promozione della salute. Le Regioni, infatti, sono titolari istituzionali delle competenze in tema di promozione della salute e declinano il proprio ruolo contribuendo attivamente alla determinazione delle linee strategiche, sviluppando il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) nei propri Piani Regionali della Prevenzione (PRP); partecipano alla Piattaforma Nazionale come

Istituzioni competenti per la programmazione delle attività di promozione della salute del Servizio sanitario nazionale (SSN); contestualizzano, in ambito regionale, gli accordi interistituzionali o con Associazioni di categoria su scala nazionale, aumentando l'operatività delle strategie trasversali e creando reti, alleanze e partecipazioni in grado di indurre modifiche stabili ed evidenti dell'ambiente di vita. La costruzione di un'organizzazione regionale per "Guadagnare Salute", attivata in diverse Regioni, ha consentito la sperimentazione, nelle comunità locali, di interventi preventivi, basati sulla strategia del programma nazionale e caratterizzati da un approccio trasversale ai diversi fattori di rischio e dalla *leadership* delle Aziende sanitarie. Tali interventi, attuati soprattutto attraverso progetti promossi dal Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), hanno favorito il consolidamento e la diffusione in altri contesti delle esperienze di eccellenza di integrazione territoriale, in grado di indurre modifiche stabili ed evidenti dell'ambiente di vita dei cittadini e concorrere così a "facilitare le scelte salutari".

Si è consolidata, anche a livello regionale, l'interoperatività fra "Scuola" e "Salute", attraverso accordi formali tra il settore sanitario e gli Uffici Scolastici Regionali, che sta consentendo di sviluppare una programmazione condivisa su alcune principali aree tematiche (alimentazione e attività fisica, fumo e dipendenze, igiene orale), con l'obiettivo di evitare interventi "una tantum", sviluppando invece programmi di lunga durata. Il nuovo PNP 2010-2012, nell'ambito della macroarea sulla Prevenzione Universale, prevede il consolidamento di partnership e alleanze con la scuola, l'attuazione di programmi volti all'incremento del consumo di frutta e verdura nella popolazione in generale, la promozione dell'allattamento al seno, il miglioramento e il controllo della qualità nutrizionale dei menù delle mense scolastiche e aziendali, lo sviluppo di interventi di promozione, facilitazione e prescrizione dell'attività motoria attraverso interventi intersettoriali e multidisciplinari. Tutte le Regioni hanno sviluppato, nei propri Piani Regionali, progetti per la prevenzione di

comportamenti e stili di vita non salutari e delle patologie a essi correlate, per un totale complessivo di 153 progetti, che prevedono l'approccio metodologico trasversale e intersettoriale proposto da "Guadagnare Salute".

Rappresentazione dei dati. Il miglioramento delle condizioni di vita per tutti gli strati sociali non ha condotto a una riduzione delle disuguaglianze di salute. Attraverso il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) ne è stata documentata la dimensione in relazione a stili di vita, presenza di malattie croniche e fattori di rischio. Abitudine al fumo, sedentarietà e obesità sono più frequenti nelle persone con basso livello di istruzione e che riferiscono di avere difficoltà economiche. La prevalenza di patologie respiratorie croniche e di diabete è più alta nelle persone con basso titolo di studio e tra chi riferisce di avere difficoltà economiche. Tra le poche eccezioni, il consumo di alcool a rischio che, tra le donne, è maggiormente frequente fra le più istruite.

Esposizione e valutazione critica dei dati. "Colmare il divario - *closing the gap*" è, a livello mondiale, una nuova sfida per i sistemi di sanità pubblica, al fine di ridurre le disuguaglianze causate in particolare dai cosiddetti "determinanti sociali". Il programma nazionale "Guadagnare Salute" ha individuato nell'approccio intersettoriale della "Salute in tutte le politiche" il quadro di riferimento entro il quale agire al fine di promuovere la salute, prevenire patologie croniche già nella primissima infanzia, mirando al tempo stesso a sostenerne l'equità.

Per condividere specifici obiettivi di salute, pertanto, è stata istituita, presso il Ministero della salute, la "Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo", composta da rappresentanti delle Amministrazioni centrali interessate, delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI), dei medici di medicina generale, dei pediatri e dei farmacisti, nonché delle Associazioni di categoria della filiera alimentare, delle Associazioni dei

consumatori e delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, firmatarie di protocolli d'intesa con il Ministero della salute. I Protocolli d'Intesa, infatti, sono tra i principali strumenti per lo sviluppo delle strategie inter-settoriali. Essi rappresentano gli atti istituzionali di condivisione degli obiettivi del Programma, tra il Ministero della salute e le Istituzioni centrali dello Stato, responsabili delle politiche nazionali, in termini sia di proposta legislativa sia di gestione amministrativa. Attraverso i Protocolli d'Intesa, anche le realtà appartenenti al mondo della produzione e alla società civile possono collaborare con le Istituzioni, assumendo impegni volontari, coerenti con le proprie attività, in settori difficilmente influenzati da strumenti politico-amministrativi.

È necessario proseguire in un'ottica di consolidamento dell'approccio *multi-stakeholder*, nell'ambito del quale il settore sanitario deve continuare a svolgere un fondamentale ruolo di *advocacy*, al fine di promuovere politiche integrate e far comprendere che tut-

te le politiche (educative, agricole, sociali, ambientali, economiche, commerciali) hanno effetti sulla salute.

Le Regioni, in particolare, devono ulteriormente sviluppare l'opportunità di un'azione locale partecipata per "facilitare le scelte salutari", quali istituzioni "prossime" ai cittadini, costruendo rapporti stabili e innovativi con la comunità locale.

Bibliografia essenziale

Gruppo tecnico PASSI. Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): Diseguaglianze sociali e salute. Rapporto nazionale 2007-2009

Libro Bianco: Una strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alimentazione al sovrappeso e all'obesità. UE 2007

Ministero della salute. Guadagnare Salute – Stili di vita. www.salute.gov.it/stiliVita/stiliVita.jsp. Ultima consultazione: settembre 2012

Ministero della salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1383_allegato.pdf. Ultima consultazione: settembre 2012

Regione Europea OMS. European Charter on counteracting obesity. Istanbul 2006

1.2. Attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione

Quadro programmatico. Il primo PNP 2005-2007, adottato con Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e prorogato fino al 2009, ha rappresentato un punto di svolta nella programmazione sanitaria del nostro Paese per almeno tre ordini di motivi.

Il primo è legato alla scelta strategica di investire nell'area della prevenzione per raggiungere maggiori risultati di salute. Il secondo è connesso alla scelta di adottare una linea di *governance* compartecipata, che ha portato il Ministero a valorizzare al meglio le potenzialità di coordinamento del CCM, le Regioni a innestare proficuamente nella loro pianificazione una serie di linee operative comuni e le Aziende sanitarie, a cascata, a utilizzare uno strumento aggiuntivo per contribuire a ridurre in concreto il peso delle malattie e della disabilità.

Il terzo motivo, infine, attiene alla decisione

di subordinare la programmazione alle conoscenze e informazioni disponibili.

Il PNP 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010), raccogliendo il testimone dal precedente, ne reinterpreta e allarga il mandato, imperniandosi su due principi-cardine:

- scelta degli interventi sulla base dell'evidenza della loro efficacia, che esprime la necessità che le attività di prevenzione non solo siano sistematicamente basate su prove di efficacia (*evidence-based practice*, EBP), ma siano anche in grado di generare "conoscenza" mediante l'implementazione e la diffusione di registri, sistemi di sorveglianza e sistemi informativi e il rafforzamento dell'utilizzo dei dati in tutte le fasi di un intervento (ideazione, pianificazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione) e nella rendicontazione sociale;

- scelta dei campi di intervento sulla base di una graduazione delle priorità, promuovendo la centralità della persona ovvero una visione culturale in cui al centro dell'azione ci sia non più l'autoreferenzialità dei servizi, bensì il cittadino (sano o malato) con le sue attese e necessità e in cui il sostegno allo "stare bene" richieda tanto interventi mirati quanto interventi orizzontali in un'ottica di continuità e di percorso.

La struttura del PNP è essenzialmente dedicata a cinque ambiti tematici: la sorveglianza epidemiologica, trasversale a ogni ambito, e le 4 macroaree di intervento (medicina predittiva, prevenzione universale, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia). Per ognuna delle macroaree sono definite una o più linee di intervento generale (complessivamente 22) e, per ciascuna delle linee, viene individuato l'obiettivo generale di salute, ed eventuali sotto-obiettivi. Per il raggiungimento di ogni obiettivo sono definiti i ruoli delle Istituzioni del sistema sanitario e sono quindi specificate: le linee di supporto (Azioni centrali), da parte del Ministero, e le linee di intervento regionali (affidate alla programmazione regionale mediante i PRP).

Sull'ossatura appena sintetizzata, le Regioni sono state chiamate ad adottare formalmente il loro specifico PRP, identificando (sulla base dell'analisi dei bisogni del proprio territorio) obiettivi puntuali e misurabili, destinatari degli interventi e indicatori utili per il monitoraggio del grado di avvicinamento ai risultati prefissati. Al Ministero è stato invece affidato il compito di "accompagnare" il percorso regionale attraverso l'espressione di una serie di funzioni tutte riconducibili al modello di *governance* noto come *stewardship*, promosso dall'OMS e la cui articolazione in "sottofunzioni" è stata assunta come schema strategico e base metodologica per la definizione delle Azioni centrali di supporto al PNP (DM 10 novembre 2010) e di un loro sottoinsieme [Azioni Centrali Prioritarie (ACP), adottate con DM 4 agosto 2011] meritorio di un'attenzione prioritaria in quanto attinente a tematiche di importan-

za critica per l'implementazione dei PRP. Inoltre, con Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, e per la prima volta nella storia sanitaria del nostro Paese, è stato approvato un "Documento per la valutazione dei PRP 2010-2012", ovvero uno strumento di valutazione di atti programmatori estesi ad alcuni dei più significativi ambiti della prevenzione che esplicita oggetto, criteri, ruoli, responsabilità, procedure, tempistica e regole del processo valutativo e che, dunque, inserisce di fatto tra gli obiettivi del PNP anche la misurazione, sia pure in maniera ancora "rudimentale", della sua performance.

Infine, Ministero e Regioni hanno espresso l'esigenza di ricercare e costruire alleanze e partnership con diversi interlocutori a sostegno dell'attuazione degli obiettivi del PNP. Tale bisogno si è tradotto:

- nell'avvio del Progetto nazionale di "Supporto al PNP e alla formazione per responsabili e operatori impegnati nei progetti dei PRP 2010-2012", affidato, mediante apposita convenzione, dal Ministero-CCM al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto superiore di sanità (ISS), su richiesta del Coordinamento inter-regionale della prevenzione e poi confluito nell'ACP 2.2 "Predisposizione di supporti alle Regioni". Obiettivo generale del progetto è la realizzazione di un vero e proprio processo di accompagnamento a tutte le fasi di vita del PNP, attraverso la messa a punto e la condivisione di percorsi e strumenti diversi (formazione degli staff centrale e regionali, creazione di una Comunità di pratica, supporto scientifico-metodologico a progettazione, monitoraggio, valutazione);
- nel ruolo affidato, nell'ambito dell'ACP 3.1 ("Definire alleanze con gli *stakeholders*"), e attraverso lo specifico strumento della Carta dei rapporti, alle Società scientifiche, dalle quali il Ministero ha inteso raccogliere un contributo (formalizzato attraverso un progetto attualmente in corso) rispetto alla necessità di un'analisi "multidimensionale" dei PRP per raccogliere elementi di conoscenza ragionata che possano aiutare a comprendere meglio

come sta evolvendo la prevenzione in Italia ed, eventualmente, a ri-orientare la programmazione futura.

Tutte le Regioni e Province Autonome (a eccezione di Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Bolzano) hanno adottato con delibera regionale e presentato al Ministero i propri PRP, per un totale di oltre 700 progetti/programmi. Nel 2010 tutti i PRP sono stati certificati, ovvero hanno avuto esito positivo alla valutazione "ex ante", inerente la misura della qualità della progettazione rispetto a "framework" metodologici e criteri condivisi. Attualmente è in corso la valutazione, finalizzata alla certificazione per l'anno 2011, dello stato di avanzamento nella realizzazione dei PRP rispetto agli obiettivi prefissati.

Come prevedibile, data la vastità dell'argomento, la necessità di dare continuità al precedente PNP e l'importanza della materia per il futuro del nostro sistema sanitario, la macroarea maggiormente "frequentata" (oltre il 60% dei programmi/progetti) è stata quella della prevenzione universale e, all'interno

di questa (con ben 153 progetti), la linea di intervento che fa riferimento al programma "Guadagnare Salute". Molta attenzione è stata inoltre rivolta allo sviluppo di interventi nell'ambito della prevenzione nella popolazione a rischio, che comprende al suo interno i programmi di screening di popolazione sulle principali patologie oncologiche. Le macroaree 1 e 4, più "nuove" per il PNP, hanno visto, comunque, tutte le Regioni impegnate a mettere in campo interventi dedicati.

Bibliografia essenziale

Oleari F, Filippetti G, Vasselli S, Federici A. Il Piano nazionale della prevenzione: overview, azioni centrali di supporto e nuovi strumenti di governance. ATTI della XII Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica. Roma, 12-15 ottobre 2011

Travis P, Egger D, Davies P, Mechal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues 25. In: Murray CJL, Evans DB (Eds). Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism. Geneva: WHO, 2003

WHO European Ministerial Conference on Health Systems. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, 2008

1.3. Attuazione del Piano Nazionale Alcool e Salute

Quadro programmatico. Il Piano Nazionale Alcool e Salute (PNAS), approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 marzo 2007, costituisce un documento programmatico di indirizzi concordati tra Ministero e Regioni, secondo le previsioni della legge 125/2001, con la finalità di promuovere l'implementazione di un insieme di strategie e azioni finalizzate a rafforzare le attività di prevenzione e contrasto dei danni alcolcorrelati nei territori regionali. Il PNAS recepisce gli obiettivi proposti da importanti documenti internazionali quali il I Piano d'Azione europeo per l'alcool dell'OMS, la Raccomandazione del Consiglio dell'UE sul consumo alcolico di bambini e adolescenti e le Conclusioni del Consiglio dell'UE sulla strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati.

In particolare, il PNAS intende promuovere

nei territori regionali azioni di prevenzione e contrasto in otto aree strategiche ritenute prioritarie: informazione-educazione, guida, lavoro, trattamento dell'abuso e dell'alcoldipendenza, responsabilità del mondo della produzione e distribuzione, monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle politiche di contrasto, capacità sociale di fronteggiare il rischio alcolcorrelato, potenzialità delle organizzazioni di volontariato e di auto-mutuo aiuto.

Per la sua implementazione è stata prevista una specifica collaborazione interistituzionale tra Ministero della salute e Regioni e a questo scopo è stato costituito uno specifico gruppo tecnico con la partecipazione anche dell'ISS.

Il PNAS aveva durata triennale (1 gennaio 2007-31 dicembre 2009), ma il suo recepimento è stato successivamente inserito tra gli obiettivi del PNP 2010-2012; le linee stra-

tegiche del PNAS restano pertanto ancora un valido punto di riferimento per le azioni di prevenzione e contrasto di livello nazionale e regionale.

Stato di attuazione nei contesti regionali.

Durante il primo anno di funzionamento il gruppo congiunto Ministero-Regioni per l'attuazione del PNAS ha affrontato prioritariamente i compiti relativi all'area strategica "Monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto" e ha predisposto un documento di consenso a carattere tecnico-scientifico che delinea un Piano Nazionale di Monitoraggio Alcool e Salute (PNMAS), in cui vengono definite le finalità, gli obiettivi, le azioni, gli indicatori e gli aspetti organizzativi per un monitoraggio nazionale in materia di alcool.

Il PNAS è stato inoltre implementato tramite la realizzazione di alcuni progetti realizzati nelle Regioni o a livello centrale.

Il progetto biennale "Agorà", coordinato dalla Regione Friuli Venezia Giulia, ha rafforzato l'azione di coordinamento delle Regioni in tema di alcool e salute, promuovendo e attivando interventi nei territori regionali e monitorandone la corretta implementazione. Esso ha in particolare consentito di creare una banca dati dei referenti delle amministrazioni regionali e dei servizi locali addetti alle tematiche alcolcorrelate, avviando una rete di comunicazione per una più capillare diffusione delle informazioni sulle attività di prevenzione realizzate.

Il progetto biennale "Raccolta e analisi centralizzata di flussi informativi e dati per il monitoraggio dell'impatto dell'uso e abuso di alcool sulla salute in Italia, in supporto all'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcool e Salute", realizzato dall'ISS CNESPS, ha consentito la predisposizione di due successivi Report, riferiti, rispettivamente, agli anni 2007 e 2008, in cui sono stati raccolti ed elaborati, anche con dettaglio regionale, i dati più aggiornati sull'impatto dell'uso e abuso di alcool resi disponibili dalle più qualificate fonti di informazione e sorveglianza di ambito nazionale e internazionale. In particolare, sono stati elaborati e analizzati i dati relativi ai

consumi e ai modelli di consumo, alla mortalità e morbilità alcolcorrelate, alle attività delle associazioni di auto-mutuo aiuto, al confronto con gli altri Paesi europei.

Il progetto biennale "Monitoraggio dell'impatto dell'alcool sulla salute in Italia in supporto all'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcool e Salute", anch'esso curato dall'ISS, costituisce una prosecuzione del precedente e ha reso possibile l'aggiornamento dei dati relativi ai più importanti indicatori di rischio e di problemi alcolcorrelati, pubblicati in due Report riferiti alle annualità 2009 e 2010.

Anche tramite le iniziative di pubblicazione e diffusione di tali dati le amministrazioni nazionale e regionali hanno potuto acquisire strumenti conoscitivi per promuovere, ai rispettivi livelli di competenza, azioni e programmi adeguati, adattando i loro interventi alla continua evoluzione dei problemi.

Il progetto "Rafforzamento nelle Regioni del monitoraggio dei dati alcologici e delle attività di informazione e prevenzione di cui alla legge 125/2001", conclusosi recentemente e coordinato dalla Regione Friuli Venezia Giulia, ha promosso nelle Regioni, in maniera coordinata e in linea con le strategie del PNAS, azioni mirate a diffondere buone pratiche in relazione alle problematiche ritenute più urgenti negli specifici territori. Sono stati realizzati progetti regionali e locali in numerose aree d'intervento, relativi alla prevenzione in ambiente scolastico (Molise, Liguria, Marche, Provincia Autonoma di Trento, Basilicata, Sardegna), all'implementazione di una cartella clinica alcologica regionale (Umbria), alla prevenzione negli ambienti del divertimento notturno e del tempo libero (Toscana, Calabria, Piemonte, Sicilia), alla prevenzione nella popolazione anziana (Puglia, Lazio), alla vendita responsabile dell'alcool (Emilia Romagna), alla riabilitazione degli alcolodipendenti (Veneto), alla prevenzione nei Servizi di Pronto Soccorso (Provincia Autonoma di Bolzano), ai problemi di alcool e guida (Lombardia, Abruzzo), ai problemi di alcool e lavoro (Campania), alla diffusione della cultura degli stili di vita sani (Abruzzo, Valle d'Aosta).

Di particolare valenza strategica è stato il

progetto biennale “Formazione sull’identificazione precoce e l’intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcolcorrelati nei contesti lavorativi e nell’assistenza sanitaria di base”, coordinato dalla Regione Toscana, che ha consentito di realizzare nei territori delle 14 Regioni partecipanti attività formative per l’acquisizione delle metodologie di identificazione precoce e intervento breve sui bevitori a rischio nei contesti della medicina di base e del lavoro, metodologie validate e standardizzate nell’ambito di progetti promossi e finanziati dall’OMS e dalla Commissione Europea, già introdotti e sperimentati nella realtà italiana dall’ISS. Sono stati formati numerosi operatori di varia qualifica, medici e personale dei Dipartimenti della prevenzione e delle dipendenze, medici di medicina del lavoro, medici competenti e altri operatori sanitari e del mondo del lavoro

individuati dalle Regioni e Province Autonome partners. Le metodologie adottate, basate sulla formazione di formatori, facilitano l’autonoma realizzazione di altri corsi analoghi a livello regionale o locale. Nel convegno conclusivo del progetto, tenutosi a Firenze nel settembre 2011, sono stati presentati i principali risultati e i materiali prodotti.

Bibliografia essenziale

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Accordo 29 marzo 2007. Accordo, ai sensi dell’art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in ordine al Piano Nazionale Alcool e Salute (Rep. atti n. 68/CSR). GU n. 88 del 16 aprile 2007

Ministero della salute. Relazione del Ministro della salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30 marzo 2001, n. 125. Roma 16 dicembre 2011

1.4. Prevenzione oncologica

1.4.1. Prevenzione universale (primaria)

L’obiettivo di ridurre l’incidenza dei tumori riguarda l’attuazione di interventi di prevenzione universale o primaria che siano efficaci contro determinanti che possono essere caratteristici della popolazione e/o di suoi sottogruppi e/o degli individui. Poiché i determinanti dell’incidenza a livello di popolazione e della suscettibilità individuale sono interrelati, gli interventi contro di essi devono essere articolati su più piani ed efficientemente coordinati.

Gli obiettivi di salute ritenuti allo stato attuale delle conoscenze, supportati da evidenze di efficacia e/o sui quali siano state definite a livello internazionale politiche cui l’Italia ha aderito, sono:

- combattere il fumo;
- promuovere un’alimentazione salubre e attività fisica;
- combattere il consumo di alcool;
- combattere gli agenti infettivi oncogeni;
- combattere l’esposizione a oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro;

■ promuovere lo sviluppo tecnologico.

Sono strumentali al raggiungimento di tali obiettivi e funzionali agli interventi da implementare: le politiche intersettoriali; la realizzazione di partnership; il coordinamento e la sinergia con la ricerca anche di base (aumento delle conoscenze sui determinanti).

Azioni programmatiche. Le principali azioni da implementare per il raggiungimento degli obiettivi di salute sono schematizzate come:

- “azioni centrali di sistema”: riguardano in primo luogo gli obiettivi il cui raggiungimento è legato alla responsabilità del governo nazionale, ma anche, per il rispettivo ambito, quelle del governo regionale, nonché l’assunzione di responsabilità da parte dei principali soggetti sociali (associazioni industriali, sindacati ecc.);
- “azioni affidate al sistema sanitario”: riguardano gli obiettivi e le azioni attuate sotto responsabilità del sistema sanitario nelle sue dimensioni nazionali, regionali e locali e, quindi, sia per gli aspetti strutturali che di erogazione.

1.4.2. Prevenzione secondaria (screening)

Gli obiettivi di prevenzione secondaria dei tumori (screening) con finalità di riduzione della mortalità causa-specifica (talora anche dell'incidenza) possono essere raggiunti mediante interventi di sanità pubblica di popolazione o mediante un'attività di iniziativa dei professionisti negli ambiti erogativi della specialistica.

Gli interventi di sanità pubblica di popolazione costituiscono i "programmi organizzati di screening". Tali interventi sono inclusi dal 2001 nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) per quanto attiene ai tumori della mammella, cervice uterina e colon-retto.

Stato di avanzamento dei programmi regionali di screening. Lo stato di avanzamento dei programmi di screening è routinariamente pubblicato nel "Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening" (ONS) e permette di evidenziare sia l'estensione (corretta) degli

inviti sia le percentuali di adesione, suddivise per macroaree; l'analisi dei dati PASSI permette una stima dell'accesso alla prevenzione individuale spontanea (*Tabella 1.1*).

I dati di attività evidenziano l'ancora non completa assicurazione di questo LEA e la persistenza, benché in attenuazione, di un forte divario Nord-Sud. È anche evidente il forte impegno del sistema sanitario generato dall'accesso individuale (parallelo allo screening organizzato) alla prevenzione, almeno per mammella e cervice-uterina.

Obiettivi dei programmi di screening.

Obiettivo primario è l'estensione del programma di screening per i tumori della mammella, del colon-retto e della cervice uterina, secondo le Raccomandazioni del Consiglio d'Europa, a tutto il territorio nazionale.

Tale obiettivo, intrinseco al rispetto dei LEA, necessita di una modulazione per le Regioni meno performanti. La modulazio-

Tabella 1.1. Estensione degli inviti e percentuali di adesione dei programmi di screening

Tumore della mammella (età 50-69 anni)			
	Screening organizzato*		Prevenzione individuale**
	Regioni invitate	Regioni aderenti	%
Nord	92,2	68,3	
Centro	82,1	57,0	
Sud	45,4	40,2	
Italia	73,9	59,4	20
Tumore del colon-retto (età 50-69 anni)			
	Screening organizzato*		Prevenzione individuale**
	Regioni invitate	Regioni aderenti	%
Nord	81	50,2	
Centro	56,4	42,2	
Sud	17,2	22,2	
Italia	56,4	45,5	8
Tumore della cervice (età 25-64 anni)			
	Screening organizzato*		Prevenzione individuale**
	Regioni invitate	Regioni aderenti	%
Nord	69,5%	49,9%	
Centro	83,1%	38,6%	
Sud	54,7%	28,3%	
Italia	67,1%	41,0%	38

* Fonte: Osservatorio Nazionale screening – Anno 2011.

** Fonte: PASSI – Anno 2011.