

ne risponde all'esigenza di rendere più efficiente il raggiungimento degli obiettivi del nuovo PNP ed è riconducibile a quanto previsto per l'appunto nel meccanismo di garanzia dei LEA, laddove il nuovo sistema di monitoraggio prevede indicatori sintetici di raggiungimento dell'obiettivo (indicatore di primo livello) e livelli soglia modulabili con ogni Regione al fine di favorire un processo virtuoso di adeguamento.

È coerente con tale obiettivo la programmazione di interventi di reingegnerizzazione della prevenzione individuale in quanto, come dalle evidenze scientifiche disponibili, gravata di possibile inappropriata e minore efficacia pratica. Tali interventi divengono nella sostanza mandatori per la sostenibilità economica dei programmi di implementazione e innovazione dei programmi di screening. Sia il PNP sia il Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia di cancro (Anni 2011-2013) pongono, poi, tra gli obiettivi quegli sviluppi innovativi per i quali ci sia sufficiente evidenza di efficacia (o di guadagno di efficienza a parità di efficacia) come:

- programmi di gestione sistematica dell'alto rischio (su base familiare) per i tumori della mammella e del colon-retto;
- adeguamento tecnologico (mammografia digitale ed eventuali tecniche complementari) per lo screening mammografico;
- supporto all'estensione delle fasce di età dello screening mammografico;
- adeguamento tecnologico (uso del test HPV-DNA) per lo screening della cervice uterina.

Individuare un "disease management" della diagnosi precoce del cancro della prostata.

Nel panorama più ampio della prevenzione secondaria oncologica si segnala il caso della diffusione del PSA. Poiché le evidenze di letteratura non sono concordi sul fatto che un programma di screening "attivo" sia efficace ed esente da problemi di *over-treatment*, si delinea la necessità di governare un comportamento così diffuso tra i professionisti e la popolazione.

Prevenzione e "public health genomics" (o "population health genomics"). Le Azioni

centrali prioritarie del PNP (DM 4 agosto 2011), nonché il Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro, in relazione alla grande crescita di conoscenze genetiche nella ricerca di base e nell'applicazione agli individui, identificano la necessità di governare lo sviluppo di tale ricerca, la valutazione della sua applicabilità nell'ambito del sistema sanitario, in particolare della prevenzione, e la costruzione di una rete per promuovere gli obiettivi della genomica a livello di popolazione (*public health genomics*, PHGen); a tal fine si è dato corso alla preparazione di un "Protocollo di utilizzo della *public health genomics*".

1.4.3. Prevenzione terziaria

Oltre a quanto già detto sulla prevenzione primaria e secondaria, un ulteriore modo di prevenire i decessi per cancro è, ovviamente, anche quello di curare adeguatamente i tumori che recidivano (prevenzione terziaria). Sono funzionali a tale obiettivo: il generale progresso delle scienze mediche e, in particolare, il miglioramento delle tecnologie diagnostiche (soprattutto di imaging), della chirurgia, della chemioterapia e della radioterapia. A tale performance è sostanzialmente riconducibile il fenomeno del differenziale tra incidenza (in genere in aumento) e mortalità (in genere in diminuzione) riscontrato per diversi tumori negli ultimi anni. Tuttavia, le persone che sopravvivono al cancro costituiscono un importante gruppo di popolazione, con caratteristiche particolari e bisogno di un *risk-assessment* personalizzato e interventi di miglioramento della qualità di vita. Contribuiscono a tale obiettivo le iniziative avviate di partnership con le Associazioni di malati.

Bibliografia essenziale

Council of The European Union. Council Conclusions on reducing the burden of cancer 2876th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting, Luxembourg, 10 giugno 2008

Unione Europea. Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013"

1.5. Interventi per la salute e la sicurezza dei luoghi di lavoro

Quadro programmatico e stato di attuazione. In riferimento al quadro programmatico disegnato dal “Patto per la Salute e la Sicurezza nei luoghi di lavoro” e dal PNP 2010-2012, il bilancio che può essere tratto per l'anno 2011 appare ampiamente positivo rispetto alle attività sviluppate a livello centrale e a livello territoriale, per la prevenzione nei luoghi di lavoro e per il contrasto agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali.

In tutte le Regioni risultano costituiti i Comitati Regionali di Coordinamento, veri centri nevralgici, che insieme al costituito Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro, completano la cabina di regia interistituzionale, che ha il compito in particolare di definire le linee comuni delle politiche nazionali in materia di salute e sicurezza sul lavoro, di individuare i settori prioritari d'intervento, di pianificazione e realizzazione coordinata di interventi di prevenzione, da realizzare in maniera uniforme e omogenea sul territorio nazionale.

Tra i risultati raggiunti nel 2010 dalle Regioni nell'ambito della prevenzione sul lavoro possono essere annoverati il pieno raggiungimento della copertura dei limiti fissati dai LEA, l'attivazione e l'avvenuta realizzazione di iniziative di formazione uniformi per assicurare l'omogeneità degli interventi in ambito nazionale di prevenzione e vigilanza, a sostegno del Piano Nazionale in Agricoltura e del Piano Nazionale in Edilizia, approvati dal Comitato ex art. 5 del D.Lgs. 81/2008, lo sviluppo di sistemi di sorveglianza, basati sulle indagini svolte dagli operatori delle ASL, sugli infortuni mortali e sulle malattie professionali e sui lavoratori ex-esposti a cancerogeni.

Rappresentazione dei dati – andamento infortunistico. Stime preliminari dell'INAIL sull'andamento degli infortuni sul lavoro per l'anno 2011 si attestano su un numero pari a 726.000 infortuni, sulla base delle denunce acquisite dagli archivi gestionali INAIL al 28 febbraio 2012, con una riduzione del -6%,

rispetto ai 775.659 infortuni denunciati nell'anno 2010; tale dato conferma un'ulteriore forte accentuazione del trend negativo in atto della decrescita del numero degli infortuni compresi i casi con esiti mortali, che mostrano una riduzione complessiva dei decessi sul lavoro del -4,4% nell'anno.

I dati consolidati, riferibili al periodo 2001-2010, mostrano che la percentuale di flessione degli infortuni raggiunge il 28,4%, pur a fronte di un dato occupazionale positivo del +5,9%.

Esposizione e valutazione critica dei dati.

Sebbene la contrazione del numero degli infortuni nell'anno 2011 abbia interessato tutti i settori produttivi, la diminuzione più consistente si è verificata nel settore dell'industria, con un calo pari al -9,9% degli infortuni denunciati rispetto al precedente anno, seguito dall'agricoltura, in cui il calo ha raggiunto il -6,3%, mentre nei servizi si registra la minore riduzione degli stessi, con una diminuzione solamente del -4,2%, ma occorre tenere conto che in tale ultimo settore, contrariamente agli altri settori produttivi, è stato registrato in controtendenza un aumento del numero degli occupati, che ha raggiunto il +1% del numero dei lavoratori impiegati nell'anno nel settore.

L'analisi della distribuzione territoriale della frequenza di infortuni denunciati nell'anno 2011 mostra un calo generalizzato, che nel Nord e Centro Italia ha raggiunto il -6% rispetto al precedente anno, mentre per il Mezzogiorno il calo si è attestato a valori più alti, raggiungendo una contrazione del -8,1% del numero di incidenti denunciati nello stesso anno.

Dalla valutazione della distribuzione degli incidenti tra i due sessi avvenuti nell'anno emerge che se risulta modesta la differenza di calo di infortuni, che per i lavoratori maschi ha fatto registrare una riduzione del -6,8%, mentre per le lavoratrici il calo ha raggiunto il -5,5%, più marcata appare la differenza tra i due sessi rispetto ai casi mortali che si sono verificati nell'anno; infatti, il calo complessivo del -4,4% del numero di morti sul lavoro per l'anno 2011, che ha comportato l'abbassamen-

to del tasso annuo di incidenza, passato da 2,9 a 2,5 deceduti per 100.000 occupati, è stato positivamente influenzato soprattutto dal calo dei decessi maschili, che per tale anno hanno fatto registrare una riduzione di circa il -6,1% di decessi in meno.

Bibliografia essenziale

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 17

dicembre 2007. Esecuzione dell'accordo del 1° agosto 2007, recante "Patto per la tutela e la prevenzione nei luoghi di lavoro"

Infortuni sul lavoro nel 2011. Valori stimati sulla base delle denunce acquisite dagli archivi gestionali INAIL al 29 febbraio 2012

Relazione della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome su "Attività delle Regioni per la prevenzione nei luoghi di lavoro e per il contrasto agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali" Anno 2010

1.6. Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita 2010-2015

Quadro programmatico. Il morbillo è una malattia altamente contagiosa che continua a rappresentare un'importante causa di mortalità, sia nei Paesi industrializzati sia nei Paesi in via di sviluppo. La rosolia, nei bambini, è generalmente una malattia esantematica di modesta entità, la cui rilevanza in sanità pubblica è correlata al potenziale teratogeno dell'infezione contratta in gravidanza, che può causare aborto spontaneo, nascita di un feto morto o di un neonato con sindrome della rosolia congenita (SRC). Dal momento che entrambe le infezioni sono tecnicamente eliminabili, nel 2001 l'OMS ha messo a punto un piano strategico, con l'obiettivo di ridurre la mortalità da morbillo a livello mondiale e compiere progressi significativi verso l'eliminazione. In particolare, per la Regione Europea dell'OMS l'interruzione della trasmissione indigena era prevista entro il 2007 e la certificazione dell'eliminazione nel 2010.

In Italia, il piano di eliminazione è stato avviato nel 2003, con l'emanazione del Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) 2003-2007, sancito come Accordo del 13 novembre 2003 in Conferenza Stato-Regioni. Tale Piano è stato predisposto anche stante la necessità di definire delle Linee guida attuative nazionali che consentissero di evitare il verificarsi di nuove epidemie di morbillo, dopo quella estesa che, tra il 2002 e il 2003, aveva interessato il Sud del Paese, con epicentro nella Regione Campania, causando,

secondo le stime effettuate, oltre 40.000 casi di morbillo, con centinaia di ricoveri ospedalieri, decine di casi complicati (polmoniti ed encefalopatie) e 8 decessi per morbillo.

In Italia, nel periodo 2003-2010 sono stati compiuti sforzi significativi per il miglioramento della copertura vaccinale per la prima dose di vaccino trivalente contro morbillo, parotite e rosolia (MPR) entro i 2 anni di età (dal 79,8% nel 2002 al 90,6% nel 2010), l'istituzione di un sistema di sorveglianza speciale per il morbillo, l'avvio della notifica obbligatoria per la rosolia in gravidanza e la rosolia congenita e l'introduzione della seconda dose di vaccino MPR. Tuttavia, come nel resto d'Europa, anche in Italia gli obiettivi di eliminazione non sono stati raggiunti e, a causa della persistente presenza di estese sacche di persone non vaccinate, con conseguente accumulo di soggetti suscettibili all'infezione tra i giovani adulti, numerosi focolai epidemici, con relativi casi complicati, hanno continuato a verificarsi. Pertanto, nel settembre 2010 il Comitato Regionale Europeo dell'OMS, valutando che gli obiettivi per l'eliminazione di queste malattie nella Regione Europea non avrebbero potuto essere raggiunti per il 2010, ha stabilito lo spostamento degli stessi al 2015. Anche in Italia, allo scopo di mettere in atto le opportune azioni correttive, è stato predisposto un nuovo Piano di eliminazione e il 23 marzo 2011 è stata sancita, in Conferenza Stato-Regioni, una nuova Intesa sul "Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e

della Rosolia congenita 2010-2015”, in cui vengono ribaditi gli obiettivi generali da raggiungere entro il 2015 e vengono illustrati gli obiettivi specifici e le azioni da attuare per il loro raggiungimento.

Stato di attuazione nei contesti regionali.

Nel corso del 2011, 14/21 Regioni hanno recepito con atti formali (Delibere, Circolari o Note Regionali) l'Intesa del 23 marzo 2011 o i suoi obiettivi. Tre di queste Regioni hanno inserito gli obiettivi di copertura vaccinale previsti dal PNEMoRc tra gli obiettivi assegnati ai Direttori generali delle Aziende sanitarie, ai fini della valutazione delle attività per il 2011. Quattro Regioni hanno comunicato che il recepimento è in corso e sarà formalizzato nel corso del 2012. In 7 Regioni sono stati realizzati corsi di aggiornamento o convegni sul nuovo Piano e in 2 è stato predisposto materiale informativo, per la popolazione, su morbillo e rosolia e sulle possibilità di prevenzione.

Inoltre, nell'ambito della pianificazione regionale prevista dal PNP 2010-2012, 18/21 Regioni hanno presentato progetti specifici o correlati al PNEMoRc.

Riguardo alla copertura vaccinale per MPR, delle 10 Regioni che hanno inviato i dati relativi al 2011 al momento della redazione della presente Relazione 7 hanno una copertura compresa tra il 90% e il 95%, 2 tra il 90% e l'85% e una inferiore all'85%.

Infine, è da rilevare che nel 2011 sono stati notificati 5.024 casi di morbillo, 1 caso di rosolia congenita e nessun caso di rosolia in gravidanza. Al momento, non sono disponibili, invece, i dati relativi alla rosolia nella popolazione generale.

Esposizione e valutazione critica dei dati. Il recepimento dell'Intesa mediante un atto regionale ha un valore da non sottovalutare, soprattutto in un periodo di crisi economica, come quello che il Paese sta attraversando. Questa azione, infatti, impegna formalmente i decisori politici a rendere disponibili le risorse necessarie per dare attuazione al piano a livello regionale e locale, eventualmente anche attraverso un impiego più razionale delle risorse già destinate alla sanità e alla prevenzione

in particolare. È pertanto auspicabile che tutte le Regioni recepiscono formalmente l'Intesa, sia perché gli obiettivi di eliminazione del morbillo, della rosolia e della rosolia congenita rappresentano una priorità di sanità pubblica la cui cogenza è enfatizzata dal fatto di aver dovuto rimodulare le azioni previste e posticipare la data per il loro conseguimento, predisponendo un nuovo piano, sia perché tali obiettivi potranno essere raggiunti dal Paese solo attraverso uno sforzo congiunto e coerente in tutte le Regioni.

Anche alla luce di tali considerazioni, sarà necessario puntare maggiormente sulla formazione degli operatori sanitari e sulle iniziative di comunicazione e sensibilizzazione della popolazione generale.

I dati di incidenza del morbillo, inviati mensilmente al Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (*European Centre for Disease Prevention and Control*, ECDC) di Stoccolma, il quale supporta l'OMS e i Paesi membri nel percorso verso l'eliminazione, rivelano che la malattia è ancora presente, in forma endemica, in Italia e che sono necessari ulteriori sforzi per portare, e poi mantenere, le coperture vaccinali a valori superiori al 95%. Infine, dovrà essere avviata, quanto prima, una sorveglianza speciale anche per la rosolia post-natale, allo scopo di monitorare, in modo efficace e tempestivo, l'incidenza della malattia e la circolazione del virus, ottenendo, allo stesso tempo, informazioni sia per la pianificazione e attuazione di programmi preventivi, sia per la valutazione dei progressi verso l'eliminazione.

Bibliografia essenziale

Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita 2003-2007. <http://www.governo.it/backoffice/allegati/20894-1712.pdf>. Ultima consultazione: settembre 2012

Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1519_allegato.pdf. Ultima consultazione: settembre 2012

Risoluzione EUR/RC60/R12. Renewed commitment to elimination of measles and rubella and prevention of congenital rubella syndrome by 2015 and Sustained support for polio-free status in the WHO European Region. 16 settembre 2010

WHO Europe. Strategic plan for measles and congenital rubella infection in the European Region of WHO. WHO Regional Office for Europe,

2003. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/79022/E81567.pdf. Ultima consultazione: settembre 2012

1.7. Prevenzione dell'infezione da HIV

Quadro programmatico. La legge 135/1990 definiva gli interventi di programmazione sanitaria per garantire la migliore assistenza ai pazienti affetti da infezione da HIV e AIDS. Nell'ambito della prevenzione è pertanto necessario continuare a favorire la diagnosi precoce, garantire l'accesso al test e il tempestivo trattamento terapeutico, rafforzare le campagne informative e di educazione sulla prevenzione dell'infezione HIV/AIDS. L'Italia è tra i primi Paesi ad avere risposto concretamente alle richieste giunte dall'UE sulle politiche per la diagnosi precoce dell'HIV, stilando un "Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV", che è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il 27 luglio 2011. È apparso indispensabile stabilire un raccordo a livello nazionale con quanto è stato sviluppato su base regionale, programmando una Conferenza Tecnica di Consenso sull'offerta del test per la diagnosi dell'infezione da HIV, occasione di aggiornamento del suddetto documento, sostenuta sia dalla Commissione Nazionale per la lotta all'AIDS sia dalla Consulta.

Negli Istituti di detenzione, la prevalenza di malattie infettive, tra cui l'infezione da HIV, è più elevata rispetto alla popolazione generale, a causa della notevole concentrazione di gruppi a maggiore rischio. Le linee di indirizzo al DPCM 1 aprile 2008, relativo al transito delle funzioni sanitarie dall'Amministrazione Penitenziaria al SSN, prevedono uno specifico riferimento alla prevenzione delle malattie infettive. I risultati di indagini condotte negli istituti penitenziari italiani e di altri Paesi industrializzati dimostrano che l'adozione di comportamenti a rischio durante il periodo di detenzione non è infrequente e la trasmissione di infezioni quali quella da HIV è possibile. È stata condotta, inoltre, una

serie di studi pilota presso il Centro Nazionale AIDS (CNAIDS) dell'ISS in collaborazione con Ministero della salute, Ministero della giustizia, Associazioni della Consulta Nazionale per la lotta contro l'AIDS e Strutture sanitarie competenti per territorio di alcune Regioni italiane, finalizzati alla definizione di alcuni parametri di monitoraggio quali: accesso a programmi di prevenzione, accesso a informazioni corrette su HIV, percentuale di utilizzo del preservativo, percentuale di accesso al test, percentuale delle infezioni recenti tra le nuove diagnosi di infezione da HIV e studio dei sottotipi di HIV circolanti. Non da ultimo, per rendere l'assistenza ai detenuti HIV positivi confrontabile con quella garantita in libertà, è stato elaborato il documento "Assistenza carceraria alle persone Hiv+", che, presentato in Conferenza Stato-Regioni, è stato discusso al Tavolo di consultazione permanente sulla Sanità penitenziaria.

La Commissione Nazionale AIDS (CNA) e il Centro Nazionale Trapianti (CNT) hanno approvato il Documento "Progetto Trapianti di organi solidi in pazienti HIV+". Il progetto, lanciato nel 2002, ha concluso definitivamente la fase sperimentale nel 2009, assumendo carattere di procedura assistenziale, il cui coordinamento è stato affidato al CNT. Sono stati pertanto redatti protocolli nazionali aggiornati. Il trapianto d'organo in soggetti con infezione da HIV presenta una complessità tale che rende indispensabile, al fine di garantire la massima sicurezza sia per i pazienti sia per gli operatori sanitari, il mantenimento di una stretta collaborazione tra il Centro Trapianti e le strutture esterne che seguono il paziente nella fase pre- e post-trapianto. In data 20 aprile 2011 è stata sancita la relativa Intesa Stato-Regioni.

Sono state redatte, nel luglio 2010, e aggior-

nate, nell'ottobre 2011, le "Linee guida italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1 (LG-HIV)". Presentate in Conferenza Stato-Regioni, è stato istituito un Tavolo tecnico *ad hoc* con le Regioni.

Stato di attuazione nei contesti regionali. Nell'ambito del PNP 2010-2012, si rileva

che circa il 75% delle Regioni ha previsto, nei propri PRP, specifici interventi nel settore dell'HIV e AIDS, con particolare riferimento ai sistemi di sorveglianza e prevenzione, alla *peer education*, alla promozione della sessualità responsabile, ai comportamenti a rischio, alla popolazione vulnerabile (migranti e adolescenti) e, più in generale, alla riduzione delle infezioni sessualmente trasmesse.

1.8. Prevenzione e controllo della tubercolosi

Quadro programmatico. La situazione epidemiologica della tubercolosi in Italia, a oggi, è caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale. Negli ultimi 10 anni, infatti, il trend è stato sostanzialmente stabile intorno ai 7 casi per 100.000 abitanti. Nel 2010 (ultimo anno per il quale si dispone di dati definitivi), l'incidenza è stata di 7,78 casi/100.000 abitanti. Tuttavia, esistono significative differenze tra Nord e Sud del Paese, con un'incidenza maggiore nelle Regioni del Centro-Nord, probabilmente anche per la presenza di aree metropolitane con oltre 500.000 abitanti. Si passa, infatti, da un'incidenza di circa 12 casi/100.000 in Emilia Romagna e Lombardia a circa 2,5/100.000 in Abruzzo e Molise.

La prevenzione e il controllo di tale malattia rappresentano, ancora oggi, un importante e riemergente problema per la sanità pubblica nazionale e globale.

La tubercolosi (TBC) è una malattia a notifica obbligatoria secondo quanto indicato nel DM 15 dicembre 1990, con scheda di sorveglianza *ad hoc*, aggiornata nel 1999.

Nel 1998 sono state emanate le Linee guida per il controllo della TBC, volte a promuovere la standardizzazione della terapia anti-tubercolare e il follow-up dei pazienti trattati, la prevenzione e il controllo della TBC in pazienti ad alto rischio, tra i quali, soprattutto, i contatti dei casi, e il miglioramento dell'accesso ai servizi.

Nel 2006, l'OMS ha lanciato il Piano "Global plan to stop TB 2006-2015" per fornir

re ai Paesi indicazioni per programmare gli interventi a lungo termine, finalizzati al raggiungimento dell'eliminazione della TBC nel 2050. Pertanto, nel 2007, il documento "Stop alla tubercolosi in Italia" ha individuato dieci obiettivi prioritari per realizzare una riduzione della TBC in Italia e le azioni prioritarie a tal fine, proponendo anche l'armonizzazione degli interventi a livello regionale. Sulla base, poi, delle mutate condizioni epidemiologiche di questa malattia, nel 2010 sono stati pubblicati 2 documenti di aggiornamento delle sopracitate Linee guida: "Gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale" e "Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata".

Infine, il 23 agosto 2011 il Ministero della salute ha ribadito con apposita Circolare l'importanza di implementare sistemi di sorveglianza efficaci, di rilevare e notificare in tempi rapidi i casi sospetti di TBC, attività cruciale nei programmi di controllo della malattia, nonché l'importanza dei programmi di sorveglianza e formazione per gli operatori sanitari.

Stato di attuazione nei contesti regionali.

Nel maggio 2011 il Coordinamento inter-regionale della prevenzione ha discusso e approvato il documento "Programma nazionale per il controllo della tubercolosi. Obiettivi di salute, standard e indicatori 2011-2013", attualmente alle fasi finali di approvazione della Conferenza Stato-Regioni, che rappre-

sentata la naturale prosecuzione del progetto che aveva dato vita al documento del 2007. Questo documento ha come obiettivi il miglioramento del sistema di sorveglianza della TBC, la traduzione a livello regionale delle Linee guida del 2010 in Linee guida tecniche e operative sulle attività di controllo della TBC, l'attivazione di un programma "straordinario" di educazione sanitaria e di formazione degli operatori ai diversi livelli. Inoltre, alcune Regioni, quali Piemonte, Lombardia, Veneto, Umbria, Marche, Molise e Calabria, hanno presentato progetti specifici dedicati alla TBC nell'ambito dei PRP per il periodo 2010-2012.

Esposizione e valutazione critica dei dati.

Nel complesso, il 65% delle Regioni/Province Autonome ha previsto, nel 2011, attività per la prevenzione e il controllo della TBC (aggiornamento delle Linee guida regionali, programmi di prevenzione della TBC nelle carceri, miglioramento dei flussi informativi allineando i contenuti al sistema degli indicatori internazionali ecc.). Solo il 37% delle Regioni ha organizzato corsi di formazione per sensibilizzare gli operatori sanitari nei confronti della malattia e ciò potrebbe rappresentare un ostacolo al superamento dell'attuale situazione di ritardo nella diagnosi.

Annualmente, l'ECDC/OMS richiede i dati della TBC relativi all'anno precedente, entro

il 15 giugno, per la loro pubblicazione nel "Global TB Control Report" e, entro il 30 settembre, per la pubblicazione nello "European Tuberculosis Control", il cui scopo è fornire una valutazione completa dell'epidemiologia della TBC e dei progressi compiuti per il controllo della malattia a livello globale, regionale e nazionale.

Per le attuali modalità del flusso di notifica, al miglioramento del quale si sta lavorando, il completamento della raccolta e validazione dei dati nazionali richiede tempi molto lunghi: per l'anno 2011 dati completi e definitivi, relativi alle notifiche di TBC, sono stati trasmessi dall'80% delle Regioni e Province Autonome.

Bibliografia essenziale

Decreto Ministeriale del 15 dicembre 1990

Linee guida per il controllo della malattia tubercolare, su proposta del Ministro della sanità, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera b), del D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112

Ministero della salute. Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi "Gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale". 2010

Ministero della salute. Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi "Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata". 2010

Ministero della salute. Circolare del 23 agosto 2011 "Misure di prevenzione e controllo della tubercolosi"

The Global Plan to Stop TB 2006-2015 (OMS 2006)

1.9. Sorveglianza sindromica nelle popolazioni migranti

Quadro programmatico. Dal 2011 l'instabilità politica di molti Paesi del Nord Africa ha comportato una riduzione dei controlli alle frontiere; in Italia questo ha generato un'eccezionale ondata migratoria. Sebbene i migranti in arrivo fossero in buona salute, era opportuno monitorare l'insorgenza di eventuali epidemie presso i centri di accoglienza.

Gli immigrati sono stati accolti in 20 Regioni/Province Autonome e, quando ospitati presso centri di immigrazione, accedevano

ad ambulatori gestiti autonomamente dagli Enti gestori dei centri stessi. La dispersione territoriale del fenomeno dell'accoglienza e il numero elevato di attori coinvolti rendevano essenziale garantire un unico, regolare flusso informativo tra le strutture ospitanti e il SSN. Il Ministero della salute e l'ISS CNESPS in collaborazione con le Regioni hanno istituito un sistema di sorveglianza sindromica *ad hoc* con l'obiettivo di rilevare precocemente eventuali emergenze di salute pubblica.

Stato di attuazione nei contesti regionali.

Ogni struttura di accoglienza segnala nuovi casi rispondenti a 13 sindromi poste sotto sorveglianza e la popolazione presente ogni giorno, entrambi stratificati per fascia di età. Le schede di raccolta dati, inviate dalle strutture o dalle ASL/Regioni, sono analizzate presso l'ISS CNESPS. Scostamenti di incidenza statisticamente significativi sono individuati grazie al trend di incidenza attesa per ogni sindrome (media mobile dell'incidenza osservata nei 7 giorni precedenti) e a soglie statistiche costruite sulla base dell'incidenza osservata utilizzando una distribuzione di Poisson. I dati aggregati, riassunti in un bollettino epidemiologico nazionale, sono inviati a tutte le strutture che partecipano alla sorveglianza e pubblicati regolarmente online su Epicentro (www.epicentro.iss.it).

Rappresentazione dei dati. Dall'11 aprile al 31 dicembre 2011, 121 centri in 13 Regioni hanno inviato segnalazioni. La popolazione media sotto sorveglianza ogni giorno era di circa 5.000 persone. Complessivamente, il 76,1% della popolazione era costituita da adolescenti e adulti tra i 15 e i 44 anni. Dall'inizio della sorveglianza sono stati segnalati 4.174 casi rispondenti alle sindromi sotto sorveglianza. Le sindromi più segnalate sono state "infezione respiratoria con febbre" (63,7% delle segnalazioni) e "gastroenterite senza sangue nelle feci" (26,3%). Dopo il primo mese di consolidamento della sorveglianza, l'incidenza si è mantenuta stabilmente a livelli molto bassi. Si sono verificati nove allarmi statistici, tutti rientrati spontaneamente entro 72 ore. Le indagini avviate dai centri interessati, in collaborazione con il CNESPS, non hanno evidenziato epidemie in atto. Non si sono pertanto configurate emergenze sanitarie durante il periodo di sorveglianza (Tabella 1.2).

Esposizione e valutazione critica dei dati.

La sorveglianza sindromica ha fornito dati epidemiologici tempestivi su una popolazione particolarmente vulnerabile gestita secondo modalità territorialmente e istituzionalmente complesse, permettendo agli operatori sanitari di identificare tempestivamente possibili emergenze sanitarie e smen-

Tabella 1.2. Allarmi statistici ed emergenze sanitarie, 11 aprile-31 dicembre 2011

Data	Sindrome	Emergenza sanitaria
07/05/11	Infezione respiratoria con febbre	No
07/05/11	Diarrea CON presenza di sangue senza segni di sanguinamento da altre sedi	No
09/05/11	Gastroenterite SENZA la presenza di sangue	No
14/05/11	Infezione respiratoria con febbre	No
29/05/11	Gastroenterite SENZA la presenza di sangue	No
30/06/11	Infezione respiratoria con febbre	No
27/07/11	Infestazioni	No
05/08/11	Gastroenterite SENZA la presenza di sangue	No
27/11/11	Infestazioni	No

Fonte: ISS CNESPS. Sorveglianza sindromica nelle popolazioni migranti – Anno 2011.

tire allarmi aneddotici diffusi dai media. La realizzazione è avvenuta in tempi molto rapidi, senza un'automatizzazione dei flussi di raccolta dati. Di conseguenza, l'impegno giornaliero di funzionamento è stato rilevante a livello sia locale sia centrale. Questo ha avuto un impatto sull'accettabilità del sistema a livello regionale: l'adesione regionale alla sorveglianza sindromica ha avuto oscillazioni mensili tra il 19% e il 48%, anche se nel complesso hanno segnalato 13 Regioni sulle 20 coinvolte nel piano di accoglienza (a eccezione dell'Abruzzo impegnato nella ricostruzione post-terremoto). Nell'ottica di un sistema di sorveglianza finalizzato e limitato alla risposta a un'emergenza umanitaria, questo è stato considerato accettabile. Tuttavia, il sistema non è sostenibile e i suoi attuali limiti, particolarmente la scarsa rappresentatività, sono inammissibili a lungo termine.

Bibliografia essenziale

EpiCentro. Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. Sorveglianza sindromica nella popolazione immigrata. <http://www.epicentro.iss.it/focus/sorveglianza/immigrati.asp>. Ultima consultazione: settembre 2012

Ministero della salute. Protocollo operativo per la sorveglianza sindromica e la profilassi immunitaria in relazione alla emergenza immigrati dall'Africa set-

tentrionale. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1478_listaFile_itemName_1_file.pdf.
Ultima consultazione: settembre 2012

Riccardo F, Napoli C, Bella A, et al. Syndromic surveillance of epidemic-prone diseases in response to

an influx of migrants from North Africa to Italy, May to October 2011. *Euro Surveill* 2011; 16 (46):pii=20016. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20016>. Ultima consultazione: settembre 2012

1.10. Sorveglianza delle malattie da arbovirus

Quadro programmatico. Da quando queste malattie hanno fatto la loro comparsa nel panorama europeo, la maggior parte degli Stati europei si sta impegnando nell'implementazione della sorveglianza epidemiologica dei casi umani di queste malattie, attivando sistemi di sorveglianza specifici, implementando la diagnosi di laboratorio, formando gli operatori sanitari a riconoscere, in diagnosi differenziale, tali malattie ed effettuando eventi informativi per la popolazione generale.

L'ECDC ha pubblicato documenti tecnico-scientifici, ottenuti dopo la consultazione con esperti per la valutazione del rischio delle malattie da arbovirus in Europa.

Anche l'Italia è attivamente impegnata a livello nazionale e regionale nella lotta contro tali malattie, essendo fondamentale continuare la sorveglianza per monitorare l'andamento del fenomeno, implementare la lotta al vettore e riconoscere precocemente eventuali casi autoctoni o focolai per mettere in atto tutte le più opportune misure di controllo sul territorio. Nel 2011 è stata emanata la Circolare del 15 giugno 2011 "Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e *West Nile Disease* – 2011", che ha fornito indicazioni sulle modalità di sorveglianza dei casi umani di tali malattie.

Stato di attuazione nei contesti regionali. Durante il 2011, in ottemperanza dell'emanazione della Circolare del 15 giugno 2011 "Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e *West Nile Disease* – 2011", sono state effettuate dalle Regioni le seguenti attività: documenti nor-

mativo-programmatici, percorsi formativi per il personale sanitario, implementazione della rete di sorveglianza epidemiologica e di laboratorio per le malattie da vettori con attivazione di laboratori regionali di riferimento, implementazione delle notifiche dei casi umani, via web, e integrazione tra piani di sorveglianza in ambito umano e veterinario.

Data la rilevanza di queste malattie in sanità pubblica, molte Regioni hanno inserito nei PRP la sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori, come linea progettuale. Nel 2010, tali progetti regionali sono stati valutati positivamente dalla Direzione Generale della Prevenzione; le relazioni regionali sugli indicatori di processo per l'anno 2011 sono in corso.

Rappresentazione dei dati. Nel 2011 sono stati notificati, secondo la definizione di caso della Circolare del 15 giugno 2011, 2 casi di febbre Chikungunya e 45 casi di Dengue. Per quanto riguarda la *West Nile Disease*, nel 2011 sono stati notificati 14 casi confermati di malattia neuro-invasiva da virus *West Nile*, di cui 8 dalla Regione Veneto, con 1 decesso (1 caso dalla Provincia di Venezia, 6 casi dalla Provincia di Treviso, 1 caso dalla Provincia di Belluno), 4 casi dalla Sardegna, con 3 decessi (3 casi dalla Provincia di Oristano e 1 caso dalla Provincia di Olbia) e 2 casi dal Friuli Venezia Giulia (Provincia di Udine). Nel 2011, si è assistito al diffondersi della circolazione virale, con casi di forme neuro-invasive nell'uomo, in 2 Regioni: il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna. Inoltre, per la prima volta in Italia è stata dimostrata la circolazione virale del *lineage 2* del virus *West Nile*, isolato in Ungheria e Grecia. Tale virus è stato isolato da un paziente affetto da una forma febbrile nelle

Marche, poi in un caso di malattia neuro-invasiva in un paziente notificato dalla Sardegna; inoltre, i dati della sorveglianza entomologica delle zanzare *Culex pipiens* nel Veneto hanno dimostrato l'isolamento di sequenze di ceppi di WNV di *lineage 2* in tali insetti, confermando la circolazione nel Nord-Est di tale virus.

Bibliografia essenziale

European Center for Disease Prevention and Control. Consultation on mosquito-borne disease transmission risk in Europe. Meeting Report. Parigi, 26 novembre 2010. http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DispForm.aspx?ID=635. Ultima consultazione: settembre 2012

Ministero della salute. Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare

riferimento alla Chikungunya, Dengue e West Nile disease - 2011 [Surveillance of human cases of vector-borne diseases with a particular focus on chikungunya, dengue and West Nile disease - 2011]. Rome: Ministry of Health; 15 Jun 2011. <http://www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?id=39170>. Ultima consultazione: settembre 2012

Ministero della salute. Sorveglianza della malattia di West Nile in Italia, 2010 [West Nile disease surveillance in Italy, 2010]. Rome: Ministry of Health; 21 Jul 2010. <http://www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?id=34923>. Ultima consultazione: settembre 2012

Rezza G, Nicoletti L, Angelini R, et al. Infection with Chikungunya virus in Italy: an outbreak in a temperate region. *Lancet* 2007; 370: 1840-6

Rizzo C, Salcuni P, Nicoletti L, et al. Epidemiological surveillance of West Nile neuroinvasive diseases in Italy, 2008 to 2011. *Euro Surveill* 2012; 17: 20172

1.11. Nutrizione

Negli ultimi decenni il modo di vivere degli italiani è cambiato e questa trasformazione ha portato a rapide modificazioni che ci allontanano sempre di più da sani stili di vita. Le “nuove” abitudini ci stanno accompagnando verso una transizione alimentare non più in linea con la nostra cultura. A ciò si deve aggiungere una crescente diffusione di soggetti inattivi. La più evidente conseguenza del cambiamento degli stili di vita è costituita dalla diffusione tra la popolazione di obesità, disordini metabolici, malattie croniche o degenerative, che si vanno estendendo, con una stima sulla spesa sociosanitaria in costante aumento. La prevenzione è il modo più efficace per mantenersi in buona salute ed evitare lo sviluppo di quelle malattie croniche (malattie cardiovascolari, respiratorie, tumori, diabete) responsabili, secondo i più recenti dati dell'OMS, della maggior parte delle morti, delle sofferenze e dei costi sanitari nel mondo. Tali malattie hanno in comune fattori di rischio legati a comportamenti individuali, anche se condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora, quali fumo, abuso di alcool, scorretta ali-

mentazione, sovrappeso e/o obesità, inattività fisica.

Prevenire le malattie croniche è però possibile attraverso politiche e interventi di provata efficacia sui fattori di rischio, per modificare i comportamenti individuali dannosi per la salute.

La promozione della salute deve coinvolgere tutta la popolazione a partire dalle famiglie, affinché sin dall'infanzia si assumano stili di vita sani che favoriscano benessere.

La prevenzione può migliorare la qualità di vita, ridurre i costi e anche accrescere la partecipazione e la produttività del mondo del lavoro in Italia.

Per quanto riguarda l'obesità, i dati più allarmanti sono sicuramente quelli che riguardano l'età infantile.

Un quadro aggiornato del fenomeno sovrappeso/obesità tra i bambini italiani si è ottenuto grazie al progetto: “OKkio alla Salute” 2010 che il Ministero/CCM ha affidato all'ISS CNESPS. La raccolta dati ha evidenziato una prevalenza di sovrappeso e obesità molto elevata: a livello nazionale l'11,1% è obeso e il 22,9% è in sovrappeso, cioè più di 1 bambino su 3 ha un peso superiore a

quello che dovrebbe avere per la sua età. Si evidenziano, inoltre, notevoli differenze per Regione: dal 49% di bambini sovrappeso o obesi in Calabria al 15% a Bolzano.

Dall'indagine è inoltre emerso che il 22% dei bambini pratica sport per non più di 1 ora a settimana, 1 su 4 non svolge attività fisica o ne svolge a un livello insufficiente, mentre trascorre (1 su 2) più di 2 ore al giorno davanti alla televisione.

È quindi necessario intervenire correggendo gli squilibri che vanno a incidere sia sull'aspettativa di vita sia sulla sua qualità.

L'educazione nutrizionale è un importante fattore preventivo dell'obesità, con particolare riferimento all'infanzia, ed è elemento cardine del programma "Guadagnare Salute" del nostro Ministero in linea con gli orientamenti delle Istituzioni internazionali e comunitarie nei confronti delle patologie croniche non trasmissibili, nello *European WHO Action Plan 2007-2012*.

Nell'ambito delle strategie da adottare, particolare attenzione deve essere posta al mondo della scuola, soprattutto per quanto concerne la ristorazione.

Al riguardo il Ministero della salute ha predisposto le "Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica" approvate in Conferenza Stato-Regioni e pubblicate in GU in data 11 giugno 2010.

Tali linee muovono dall'esigenza di facilitare, sin dall'infanzia, l'adozione di abitudini alimentari corrette per la promozione della salute e la prevenzione delle patologie cronico-degenerative.

Il documento, elaborato da un Tavolo tecnico appositamente istituito presso la Direzione Generale della Sicurezza degli Alimenti e della Nutrizione, rappresenta un punto di riferimento e di uniformità per le Regioni, è rivolto a tutti gli operatori della ristorazione scolastica e focalizza l'attenzione su alcuni aspetti sostanziali, al fine di fornire a livello nazionale indicazioni per migliorarne la qualità, in particolare quella nutrizionale. Fornisce elementi per organizzare e gestire il servizio di ristorazione, per definire il capitolato d'appalto e garantire un pasto adeguato ai fabbisogni per le diverse fasce di età, educando il bambino all'acqui-

sizione di abitudini alimentari corrette. Tenuto conto della capacità dei mezzi di comunicazione di creare determinati stereotipi e immagini corporee e del ruolo dei mass media nell'informare, educare e convincere dei benefici di una dieta sana ed equilibrata, è necessario collaborare con gli operatori del settore dei media, al fine di incentivare e promuovere anche l'attività fisica.

Allo stesso modo è opportuno stimolare l'industria a utilizzare particolare cura nella pubblicità di prodotti alimentari specificamente rivolta ai bambini, limitando la pubblicità di alimenti di scarso valore nutrizionale che abbiano i bambini come target specifico.

Sono proprio l'importanza all'interno della comunità e le conseguenti responsabilità etiche e sociali delle aziende che vi operano nei confronti dei consumatori che hanno rappresentato la principale motivazione a istituire nel Ministero della salute un Tavolo tecnico che ha definito un documento "Regole per la Comunicazione Commerciale relativa ai prodotti alimentari e alle bevande, a tutela dei bambini e della loro corretta alimentazione", che mira a esplicitare buone pratiche e trasmettere all'esterno il sistema di valori e il modo di essere e di agire delle imprese più sensibili. La stesura di questo documento è fortemente strategica, poiché, nonostante lo sforzo effettuato dall'industria in questi ultimi anni per migliorare dal punto di vista nutrizionale gli alimenti destinati a bambini e adolescenti, è doveroso pervenire a modalità pubblicitarie condivise e opportune, necessarie per fornire una corretta informazione.

Strettamente collegato al codice, nell'ambito delle strategie suggerite dall'UE è stato elaborato un documento di indirizzo "Obiettivi condivisi per il miglioramento della qualità nutrizionale e delle informazioni in etichetta dei prodotti alimentari per la popolazione infantile", al fine di ottimizzare lo stato nutrizionale della popolazione infantile, contrastare l'aumento di sovrappeso e obesità, e più in generale delle patologie croniche degenerative.

Bibliografia essenziale

ISTISAN. OKkio alla Salute. Rapporto 2010

WHO European action plan for food and nutrition policy 2007-2012

1.12. Alimentazione particolare

In materia di alimentazione particolare, il Ministero della salute svolge attività diretta di verifica e di controllo.

Infatti, l'immissione in commercio

- di alcuni alimenti destinati a un'alimentazione particolare, come i prodotti per sportivi, quelli a fini medici speciali, i senza glutine (ex Direttiva 2009/39 e Regolamento CE 41/2009),
- di formule destinate all'alimentazione del lattante fino ai 6 mesi di età (ex DM 82/2009 di recepimento della Direttiva 2006/141/CE)

è subordinata alla procedura di notifica, che consiste nella trasmissione al Ministero della salute di un modello di etichetta del prodotto contestuale alla sua immissione sul mercato.

Tale procedura consente di accertare la rispondenza alla normativa specifica di settore dei prodotti sopra indicati, con particolare riferimento all'adeguatezza dei costituenti, dei loro apporti e delle proprietà rivendicate in etichetta.

Nel 2011 sono pervenute circa 1.351 nuove notifiche e 289 istanze di riesame.

Inoltre, sul sito web sono pubblicate e aggiornate ogni 3 mesi le tre sezioni del Registro Nazionale dei prodotti destinati a un'alimentazione particolare erogabili dal SSN ai sensi del DM 8 giugno 2001. Il Ministero ha provveduto all'emanazione del DM 19 maggio 2011, n. 84, che contiene la disciplina sanzionatoria delle infrazioni al DM 82/2009 che recepisce

la Direttiva 2006/141/CE sulle formule per lattanti e le formule di proseguimento.

Nel 2011 il Ministero della salute, come autorità competente centrale, ha ricevuto la visita della divisione *Food and Veterinary Office* (FVO) della DG-SANCO, volta a verificare lo stato attuativo delle azioni prese a seguito dell'audit di settore effettuato dalla Commissione in Italia nel 2009 per accertare l'adeguatezza dei controlli ufficiali effettuati sugli alimenti per la prima infanzia. Nell'ambito delle attività per la formazione del personale preposto ai controlli ufficiali sono stati organizzati, nel 2011, convegni nelle materie relative agli alimenti destinati alla prima infanzia.

L'ufficio competente del Ministero segue attivamente a livello comunitario l'evoluzione normativa nell'ambito della definizione del nuovo regolamento comunitario su alimenti destinati alla prima infanzia e alimenti a fini medici speciali.

Nell'ottica della semplificazione e per garantire una costante e opportuna informazione al pubblico, è continuamente aggiornata l'area dedicata ai prodotti in questione sul sito web. È stato completato nell'ambito delle attività legate al CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale) il progetto servizi, che comprende tutte le procedure da seguire per la notifica dei prodotti, nonché tutta la modulistica per presentare le istanze al Ministero. Nello specifico sono state redatte 13 schede di procedure con 44 moduli specifici.

1.13. Interventi di promozione della salute delle popolazioni migranti e di contrasto delle malattie della povertà

Dall'analisi dei dati Istat elaborati da Caritas/Migrantes emerge che, al 1° gennaio 2011, i cittadini stranieri residenti in Italia erano 4.570.317, con un incremento di 330.000 unità rispetto al 2010. Considerando che la popolazione totale è composta da

60.626.442 abitanti, i cittadini stranieri incidono sul totale della medesima per il 7,5%. Oltre la metà dell'intera presenza straniera è rappresentata dai gruppi nazionali romeno (21,2%), albanese (10,6%), marocchino (9,9%), cinese (4,6%) e ucraino (4,4%). Per

quanto riguarda i nuovi ingressi nel corso del 2010, oltre il 50% delle persone proveniva dai seguenti sei Paesi: Romania (24,1%), Ucraina (7,9%), Moldova (7,6%), Repubblica Popolare Cinese (6,4%), Marocco (6,2%) e Albania (4,8%). Tali dati confermano la rilevanza delle comunità storiche di immigrazione nel nostro Paese (Albania e Marocco), a cui si affiancano le comunità emerse dopo i provvedimenti di regolarizzazione del 2002 (Ucraina e Moldova) e quelle attualmente in crescita, soprattutto dell'Asia e dell'Africa. Le nazionalità che hanno fatto registrare il maggiore incremento percentuale tra il 2009 e il 2010 sono, nell'ordine, quella pakistana (+16,7%), indiana (+14,3%), peruviana (+12,4%), cinese (+11,5%), bangladesse (+11,5%), senegalese (+11,5%), nigeriana (+10,1%).

Le caratteristiche sociodemografiche della popolazione straniera residente restituiscono un rapporto tra i sessi con una leggera prevalenza femminile (51,8%), anche se esistono sostanziali differenze con riferimento alle singole nazionalità. Infatti, vi è una netta prevalenza femminile nei cittadini provenienti da Ucraina (79,8%), Polonia (71,2%), Moldova (68,8%), Perù (61,8%), Ecuador (61,8%) e Filippine (58,7%), mentre mostrano un'evidente prevalenza maschile le popolazioni originarie del Senegal (75,6%), Egitto, Algeria e Tunisia. Lo sbilanciamento a favore del sesso maschile è stato registrato anche tra i cittadini provenienti da Paesi asiatici, come Pakistan, Bangladesh, India, Sri Lanka, e da Paesi africani, come Nigeria e Ghana.

L'età media della popolazione straniera regolarmente soggiornante in Italia, alla fine del 2010, è pari a 31,1 anni, più giovane di quella italiana, che è pari, invece, a 43 anni. Pesa su questo dato l'incidenza dei minori (0-17 anni) figli di coppie straniere, con ben 993.238 individui, vale a dire il 21,7% di tutta la popolazione straniera residente. Per quanto attiene il contributo delle donne straniere alle nascite in Italia, la media del numero di figli nelle donne straniere è pari a 2,13, rispetto a 1,41 nelle donne italiane. L'VIII Rapporto CeDAP sull'evento nascita in Italia, pubblicato nel giugno 2011 e ri-

guardante l'analisi dei dati rilevati dal flusso informativo di 549 punti nascita relativi al Certificato di Assistenza al Parto, rivela che nel 2009 il 18% dei parti è relativo a madri di cittadinanza straniera (era il 16,9% nel 2008). Tale fenomeno è più diffuso al Centro-Nord, dove oltre il 20% dei parti avviene da madri non italiane; in particolare, in Emilia Romagna quasi il 28% delle nascite è riferito a madri straniere. Le maggiori aree geografiche di provenienza sono quelle dell'Africa (27,8%) e dell'UE (24,7%). Le madri di origine asiatica e sudamericana sono, rispettivamente, il 18,2% e l'8,8% di quelle non italiane. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 28,6% dei parti di madri straniere, mentre si registra una percentuale del 40,1% nei parti di madri italiane. L'età media della madre è di 32,5 anni per le italiane, mentre scende a 29,1 anni per le cittadine straniere. I valori mediani sono invece di 32,2 anni per le italiane e 28,3 anni per le straniere. Quasi in tutte le Regioni l'età media al primo figlio è per le donne italiane superiore a 31 anni con variazioni sensibili tra le Regioni del Nord e quelle del Sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 27,5 anni.

Delle donne con cittadinanza italiana che hanno partorito nell'anno 2009, il 45% ha una scolarità medio-alta, il 33,7% medio-bassa e il 21,3% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio-bassa (52%). La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2009 è per il 55,7% quella di casalinga, a fronte del 65,8% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa. Per quanto attiene la popolazione minore, i minori di seconda generazione presenti nel Paese sono 650.802, pari al 65,5% del totale dei minori stranieri residenti. Rispetto alla loro provenienza, i minori che hanno un'età compresa tra 0 e 14 anni sono originari principalmente del Marocco (19,2%), dell'Albania (16,1%) e della Repubblica Popolare Cinese (8,3%). Nella classe di età 15-17 anni sono, invece, in misura maggiore i minori filippini, peruviani, ecuadoregni e moldovi.

La salute delle persone migranti al momento dello sbarco. L'anno 2011 è stato caratterizzato dal verificarsi di una prolungata fase di emergenza legata agli sbarchi di migranti che hanno interessato, in particolare, l'isola di Lampedusa.

Tra il gennaio e il settembre 2011, in coincidenza dei rivolgimenti politico-sociali verificatisi in Egitto e nei Paesi del Maghreb, si sono registrati sull'Isola 440 sbarchi, per un totale di 50.522 migranti (Tabella 1.3). In base ai dati disponibili circa le condizioni clinico-sintomatologiche riscontrate allo sbarco e rilevate durante il *triage* clinico-diagnostico al molo, si possono distinguere due diversi gruppi di migranti:

- un primo gruppo costituito in gran misura da migranti di nazionalità tunisina, principalmente maschi, di età compresa fra 15 e 36 anni, che presentavano patologie sistemiche e patologie d'organo non gravi (malessere generale, astenia, cefalea, rinfaringiti, epigastralgie) e che raramente hanno richiesto interventi in urgenza ed emergenza;
- un secondo gruppo con una prevalenza di migranti sub-sahariani (Costa d'Avorio, Ghana, Nigeria, Mali, Burkina Faso ecc.), comprendente uomini, donne, minori accompagnati e non, di età compresa tra 5 e 35 anni. Questi, al momento dello sbarco, presentavano patologie ben più gravi, dovute al fatto che, dopo essersi mossi lungo articolate direttrici in terra d'Africa, finivano col giungere in Libia, dalla quale, dopo un ulteriore lungo quanto estenuante viaggio in mare, approdavano sull'isola di Lampedusa.

Per quanto riguarda, in particolare, le condizioni clinico-sintomatologiche delle donne appartenenti al secondo gruppo di migranti, è stato frequente il riscontro di quadri irritativo-flogistici cervico-vaginali, conseguenza delle precarie condizioni igieniche sperimentate nei giorni precedenti all'imbarco e nel corso della traversata in mare.

In riferimento alle attività di *triage* effettuate sul molo su migranti maschi adulti, le équipe mediche hanno avuto modo di riscontrare patologie quali: ipotermia di media gravità e severa, disidratazione di media gra-

Tabella 1.3. Numero di sbarchi e di migranti per mese a Lampedusa (Anno 2011)

Mese	N. sbarchi	N. migranti
Gennaio	9	156
Febbraio	32	5.232
Marzo	197	15.278
Aprile	54	7.306
Maggio	41	8.617
Giugno	24	4.392
Luglio	17	2.229
Agosto	48	5.902
Settembre	18	1.410
Totale	440	50.522

vità e severa con le relative sequele cardiocircolatorie (aritmie, minori e maggiori quali l'extrasistolia, fino ad arrivare alla fibrillazione atriale), che prontamente regredivano dopo appropriato trattamento farmacologico e opportuna idratazione mediante fluidoterapia con sacche preriscaldate.

Per quanto riguarda le patologie d'organo, quelle riscontrate con maggiore frequenza sono state a carico dell'apparato respiratorio (faringiti, tonsilliti, laringiti, bronchiti, polmoniti) e dell'apparato urinario (anuria, disuria, ematuria, ritenzione urinaria con presenza di globo vescicale, cistiti, uretriti). Le patologie a carico dell'apparato gastrointestinale maggiormente riscontrate sono state: nausea, vomito, pirosi, epigastralgie, diarrea e coliche addominali. Un cenno a parte merita l'ingestione di acqua di mare da parte dei migranti, dopo giorni di viaggio in assenza di acqua potabile. Tale condizione determinava complicanze dovute alle alterazioni degli elettroliti e del volume ematico. L'acqua di mare, inoltre, provocava irritazione encefalica con manifestazioni cliniche che variavano dalle allucinazioni visive all'agitazione psicomotoria, fino al coma.

Per quanto concerne le patologie cutanee, oltre alle dermatiti, alle ustioni, alle iperemie cutanee, è stato riscontrato un tipo di dermatite dovuta al contatto della cute con una miscela derivante dalla commistione di acqua di mare e benzina. A contatto con la cute, infatti, la benzina provoca ustioni e macerazione di vaste aree cutanee, che inte-

ressano generalmente i glutei e la regione lombo-sacrale. Lesioni gravi ma che, prontamente trattate con medicazioni di tipo avanzato, si risolvono con *restitutio ad integrum* nel giro di 15 giorni.

Le patologie a carico dell'apparato osteoarticolare si sono manifestate con dolori ossei da postura coatta e limitazioni funzionali che allo sbarco sfociavano in zoppia antalgica, poliartralgie diffuse, contusioni e fratture ossee.

Rispetto alle patologie dei genitali maschili, dovute a infezioni contratte a causa della mancanza di servizi igienici e di acqua corrente, sono da evidenziare balanopostiti, orchiti e fistole scrotali.

Le patologie a carico dell'occhio che sono state osservate includevano dall'iperemia congiuntivale alle congiuntiviti, fino ai leucomi corneali.

Per quanto concerne le patologie legate all'apparato cardiaco e circolatorio, sono state riscontrate: bradicardie, tachicardia, extrasistolia, fibrillazione atriale, ipotensione, ipertensione arteriosa ed edemi declivi da scompenso.

I pazienti con emergenze/urgenze sanitarie risultano essere stati 184 (pari al 3,6% del totale), trasferiti, attraverso il servizio SUES 118, in specifici ospedali siciliani in cui erano previsti dei posti letto dedicati per quadro clinico. Di questi pazienti 88 erano donne, di cui: 62 gravide; 1 sieropositiva; 11 aborti; 1 gravidanza ectopica; 5 algie pelviche; 1 bartolinite; 4 appendiciti acute; 1 TBC polmonare; 1 leishmaniosi viscerale; 1 enterite muco-sanguinolenta. I 96 pazienti uomini presentavano i seguenti quadri clinici: 10 casi di TBC; 2 polmoniti; 3 gastroenteriti; 1 endocardite; 1 meningite; 2 infarti acuti del miocardio, 2 con scabbia; 4 appendiciti acute; 23 atti di autolesione; 2 di ritenzione urinaria acuta; 5 di addome acuto; 1 ictus cerebrale; 1 sindrome da astinenza da eroina; 3 traumi cerebrali con frattura della teca cranica; 11 fratture degli arti; 5 casi di crisi epilettica; 5 per dolore addominale/pelvico severo; 2 broncopolmoniti batteriche; 1 infezione da herpesvirus con interessamento cutaneo e mucoso; 1 polmonite batterica; 7 casi di disidratazione severa, 4 ulcere cutanee.

Complessivamente, dai dati disponibili emerge che i quadri clinici riscontrati al momento dell'arrivo sono da correlare alla traversata in mare (23% delle persone), alla sfera riproduttiva (1%), a patologie infettive (1%) e ad altre patologie (1%). Nel restante 74% delle persone sbarcate non è stato riscontrato alcun problema clinico.

Questi dati permettono di confermare il manifestarsi di quell'“effetto migrante sano” che nel tempo ha caratterizzato i flussi migratori in ingresso nel nostro Paese: l'osservazione delle buone condizioni di salute dei migranti al momento del loro arrivo ha consentito di mettere in luce il processo di selezione operante alle origini dei flussi migratori. Così è emerso che ad arrivare sono persone in uno stato di salute migliore dei propri connazionali.

La salute delle persone straniere presenti sul territorio italiano. Le informazioni sulle condizioni di salute e sull'accesso ai servizi sanitari degli stranieri regolarmente residenti nel nostro Paese e di coloro che vi sono presenti, anche se in condizione di irregolarità, risultano ancora piuttosto frammentarie e poco dettagliate a livello territoriale. Sarebbe quindi opportuno definire un modello standardizzato per la raccolta dei dati clinici ma anche sociosanitari, al fine di monitorare adeguatamente la salute delle persone migranti.

Alcuni dati rilevanti riguardanti lo stato di salute delle popolazioni migranti in contesto di urbanizzazione metropolitana sono stati raccolti a Roma a cura dell'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e il Contrasto delle Malattie della Povertà (INMP). Essi sono relativi a 46.010 persone visitate al dicembre 2011 presso il poliambulatorio di Roma, di cui 36.654 straniere. Di queste ultime, il 63,1% ha status irregolare. In termini di fasce d'età, quella più rappresentata è la 18-34; la seconda la 35-54 e, di seguito, quella inferiore a 17 anni, la 55-64 e, da ultima, quella superiore ai 65 anni.

Le persone migranti che si rivolgono alla struttura provengono essenzialmente dal continente europeo e dal continente africa-

no. Nel dettaglio, sommando coloro provenienti dai Paesi dell'UE a quelli degli altri Paesi europei, essi rappresentano la stragrande maggioranza, con 13.971 presenze. Subito dopo vi è il continente africano, con 9.956 presenze, e successivamente i Paesi asiatici, con 5.527 persone. Si può notare, infine, che un numero limitato ma significativo di persone non dichiara la propria provenienza.

Per quanto attiene le condizioni di salute delle persone straniere visitate, le diagnosi riscontrate nel periodo di osservazione sono, in ordine decrescente, quelle rappresentate nella Figura 1.1.

Si evince come la maggior parte delle diagnosi ricada nella classe ICD9-CM V01-V82. Tale classe comprende visite e prestazioni specialistiche, incluse le analisi ematochimiche. Successivamente, in ordine decrescente, si rilevano le malattie dell'apparato digerente, incluse quelle della cavità buccale e dell'apparato dentale. Terza frequenza è relativa alle patologie della pelle e del tessuto sottocutaneo, mentre quasi *ex aequo* sono le malattie infettive e parassitarie, i sintomi, segni e stati morbosi mal definiti e le malattie dell'apparato genitourinario. In settima posizione emergono le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, in ottava le malattie del sistema osteomuscolare e connettivo e, in coda, le malattie dell'apparato respiratorio, del sistema circolatorio, delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo e i disturbi immunitari.

È necessario sottolineare che il quadro delineatosi dalla descrizione delle diagnosi potrebbe non rispecchiare il reale stato epidemiologico della popolazione straniera nel tessuto urbano di riferimento. Si deve necessariamente tenere conto della tipologia dei servizi offerti dall'ambulatorio dell'INMP che, da un lato, privilegia alcune discipline mediche sulle altre (è il caso della dermatologia e della gastroenterologia) e, dall'altro, demanda alcune conferme diagnostiche di secondo livello ad alcune strutture ospedaliere cittadine. Al contempo, dall'esperienza accumulata negli anni presso la struttura emerge come, in genere, lo status di salute delle persone straniere peggiori con il passare del tempo vissuto

in contesti semi-urbanizzati e metropolitani: lo straniero che si rivolge al poliambulatorio di Roma presenta, di solito, uno stato di salute peggiore rispetto a un suo simile giunto da poco tempo sul territorio nazionale; ciò è dovuto, da un lato, al difficoltoso accesso ai servizi sanitari e, dall'altro, alla mancata concorrenza di alcuni prerequisiti di salute. Lo scarso livello qualitativo di alcuni di essi, quali l'abitazione e l'alimentazione, modifica *in peius* lo stato di salute della persona migrante, così come il negato o difficoltoso accesso ai servizi sanitari, inteso non solo come impossibilità di recarsi presso strutture pub-

Figura 1.1. Prime 11 diagnosi ICD9-CM.

