

Italiana celiachia. Il Gruppo si occupa degli aspetti scientifici, quali le linee-guida per la diagnosi, i controlli e le cure dei celiaci; gli indirizzi per la prevenzione delle complicanze; i programmi di formazione della classe medica.

Sicurezza alimentare

I prodotti destinati ad una alimentazione particolare vengono commercializzati attraverso la procedura di notifica, che consiste nella trasmissione al Ministero della Salute di un modello di etichetta del prodotto che si intende mettere in commercio in Italia. Inoltre gli stabilimenti in cui vengono preparati e confezionati i prodotti destinati ad una alimentazione particolare sono sottoposti ad autorizzazione, previo esito favorevole di un sopralluogo ispettivo effettuato da esperti del Ministero, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e le Autorità locali territorialmente competenti.

Gli integratori alimentari rappresentano un settore che ha trovato una definizione normativa con la direttiva 46/2002/CE, recepita in Italia con il Decreto Legislativo 21 maggio 2004, n. 169.

Con tali disposizioni si è superata la tradizionale concezione "nutrizionale" degli integratori, cioè di *"prodotti che forniscono un apporto predefinito di vitamine, di minerali o di altri fattori aventi un ruolo nella nutrizione, in quantità di significato nutrizionale, compatibile con una collocazione nel settore alimentare"*. Sono inclusi infatti nello stesso campo di applicazione anche prodotti con contenuti diversi da quelli nutrizionali, composti da sostanze *"aventi un effetto fisiologico, sia monocomposti che pluricomposti"*; tale effetto "fisiologico" può essere ascrivibile anche ad ingredienti costituiti da piante e derivati.

La progressiva evoluzione del settore si è caratterizzata per uno spazio via via crescente sia degli integratori tradizionali con componente nutrizionale che di quelli con componente "erboristica" complementare. Quest'ultima, poi, sempre più spesso, ha finito per rappresentare la parte "attiva" o esclusiva.

Nell'anno 2005 sono pervenute 42 istanze di autorizzazione, sono stati effettuati 34 sopralluoghi ispettivi ed hanno concluso la procedura con la autorizzazione alla produzione 67 nuovi stabilimenti.

Nel 2005 è stata effettuata una ricognizione degli integratori alimentari notificati con la pubblicazione del Registro dei prodotti che hanno concluso favorevolmente la procedura di notifica, ai quali è stato assegnato un codice identificativo, al fine della trasparenza e sicurezza dei controlli.

Per quanto riguarda il settore più specificamente erboristico, i prodotti presenti sul mercato alla data della Circolare 18 luglio 2002, tre caratterizzati da ingredienti esclusivamente erboristici ed aventi finalità salutistiche sono riferibili a 1100 aziende, con un'attività produttiva riconducibile a 226 realtà produttive, per lo più piccole imprese. È stata fatta la ricognizione degli estratti vegetali presenti nei prodotti comunicati, pervenendo alla definizione di un primo elenco di piante o derivati il cui impiego non è consentito nel settore.

Relativamente agli integratori alimentari "tradizionali" nel corso dell'anno sono state effettuate 4871 nuove notifiche di etichette, ai sensi dell'art. 7 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 111.

Promozione di una corretta alimentazione: iodoprofilassi

La legge n. 55 del 21 Marzo 2005 all'art. 3 comma 3 riporta:

"Negli espositori... è apposta una locandina diretta ad informare la popolazione su... iodoprofilassi, individuata con decreto del Ministro della salute" e all'art. 5 comma 1: "...il Ministro della salute individua, con il decreto di cui all'articolo 3, comma 3, uno specifico logo da apporre nelle confezioni di vendita del sale arricchito con iodio..."

Con tali finalità nel settembre del 2005, con decreto dirigenziale, è stato istituito un gruppo di esperti. Le attività di tale commissione di esperti hanno portato alla definizione sia della locandina sia dei loghi con Decreto del Ministro della Salute del 29 Marzo 2006.

Il gruppo di esperti ha confermato la necessità di istituire presso l'Istituto Superiore di Sanità un Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia (OSNAMI), come già evidenziato dall'impegno del Governo espresso nella seduta parlamentare n. 599 del 9/3/2005. Tale Osservatorio opererà, con il coordinamento del Ministero della Salute, e in contatto con il Comitato Nazionale per la Prevenzione del Gozzo, che da anni si occupa delle conseguenze della carenza nutrizionale di iodio sulla popolazione.

Il documento per la definizione di tale organismo è ora al vaglio della Conferenza Stato-Regioni, una volta approvato il progetto, l'OSNAMI valuterà l'efficacia delle misure di iodoprofilassi adottate dall'analisi dei dati relativi all'incidenza delle patologie da carenza iodica.

Ad oggi è stata inoltre iniziata una indagine conoscitiva, tramite le associazioni di categoria, per raccogliere i dati relativi ai punti vendita che hanno già adempito a quanto indicato nella legge n. 55 del 21 marzo 2005.

Promozione di una corretta alimentazione: prevenzione difetti del tubo neurale

Tra gli obiettivi del Network si segnala la formulazione di una raccomandazione volta ad aumentare e sottolineare l'importanza dell'uso dell'acido folico prima e durante il trimestre iniziale di gravidanza.

Nel particolare il Network ha definito il seguente testo:

"Si raccomanda che le donne che programmano una gravidanza, o che non ne escludono attivamente la possibilità, assumano regolarmente almeno 0,4 mg al giorno di acido folico per ridurre il rischio di difetti congeniti. E"

fondamentale che l'assunzione inizi almeno un mese prima del concepimento e continui per tutto il primo trimestre di gravidanza."

Alcune strutture regionali che hanno aderito al Network hanno adottato proprie strategie di diffusione per favorire capillarmente, nel loro territorio, la conoscenza della raccomandazione.

3.4.11 La sanità veterinaria (benessere degli animali, sanità animale, zoonosi)

La sanità animale riveste un ruolo di primo piano all'interno del Dipartimento della sanità pubblica veterinaria.

La salute degli animali domestici, è ritenuta infatti un requisito essenziale all'interno della politica comunitaria in materia di sicurezza alimentare basata sul controllo "completo e integrato" della produzione degli alimenti nelle diverse fasi produttive che vanno "dal campo alla tavola".

La sanità degli animali domestici non è rilevante solo nel contribuire alla sicurezza degli alimenti destinati all'uomo ma assume oggi un significato molto più esteso che include anche le malattie infettive degli animali non trasmissibili alla specie umana.

Negli ultimi decenni infatti, l'insorgenza di epidemie in diversi Stati membri della Unione europea ha avuto impatti significativi sull'economia di intere filiere produttive con danni quantificabili in centinaia di milioni di euro.

Ciò è da ricondursi a fattori quali la mortalità o il calo delle produzioni degli animali colpiti, ma in particolare all'applicazione di misure restrittive previste dalle norme comunitarie e internazionali dirette al contenimento della malattia e al crollo di fiducia da parte dei consumatori con forte riduzione dei consumi di prodotti di origine animale.

In alcuni casi i fenomeni epidemici hanno avuto effetto negativo anche su attività non direttamente correlate all'industria zootecnica quali ad esempio il turismo.

Da qui risulta evidente come la prevenzione e la gestione delle emergenze epidemiche assuma oggi un ruolo prioritario nell'ambito dell'attività del Dipartimento di sanità pubblica veterinaria.

Oltre al controllo delle malattie epidemiche vi è da tenere in considerazione l'attività che riguarda il controllo delle malattie già esistenti sul territorio nazionale per le quali sono attivi dei piani di sorveglianza o eradicazione.

In generale in Italia lo stato sanitario generale degli animali è migliorato, tuttavia rimangono attive in alcuni territori problematiche che impediscono la completa eradicazione di malattie per le quali sono attivi piani finanziati dal Ministero della Salute con la compartecipazione Unione europea.

In particolare permane la presenza, in alcune Regioni del centro-sud di malattie zoonotiche quali la brucellosi e la tubercolosi.

Tale situazione è, come sopra accennato, dovuta al mancato raggiungimento dei livelli attesi di controllo previsti dai Piani Nazionali di eradicazione con riflessi sia sulla salute pubblica che animale nonché sullo sviluppo del libero mercato nazionale e comunitario di animali vivi e dei loro prodotti.

Non da ultimo, perdura ancora la presenza della Peste suina africana in alcuni territori della Regione Sardegna e della malattia Vesicolare del suino nel sud Italia anch'esse sottoposte a piani di sorveglianza ed eradicazione.

Di converso altre misure di lotta e controllo preposte per diverse malattie infettive degli animali domestici hanno dato buoni risultati.

Vanno menzionati ad esempio i risultati raggiunti nella lotta all'Encefalopatia Spongiforme Bovina (BSE) responsabile di una delle più gravi crisi che hanno investito il settore agricolo-alimentare in Europa e l'influenza aviaria che ha determinato nella seconda metà del 2005 un generale stato di allerta in tutto il Paese.

Per quanto concerne la BSE, l'attività di sorveglianza mette in evidenza un costante declino di questa malattia sull'intero territorio nazionale a riprova dell'efficacia delle misure di controllo applicate.

Anche la gestione dell'emergenza per l'influenza aviaria, ha visto la rapida costituzione di un sistema capillare di allerta rapido al quale hanno partecipato tutte le strutture sanitarie (Ministero, regioni, AA.SS.LL, rete di laboratori pubblici rappresentata dagli Istituti zooprofilattici sperimentali.) all'interno di un sistema condiviso.

Per fronteggiare una eventuale epidemia è stata inoltre istituita un apposita Unità di Crisi Centrale presso il Dipartimento della Sanità pubblica veterinaria.

A differenza di altri paesi europei nessun caso di malattia si è verificato negli allevamenti avicoli nazionali.

Oltre alle malattie citate, il Ministero della Salute ha continuato ad effettuare nel corso del 2005 piani di sorveglianza e monitoraggio di altre malattie infettive e di alcune zoonosi quali la salmonellosi, la West Nile disease, la Febbre Catarrale degli Ovis (Blue tongue), e la Scrapie.

Questa attività di sorveglianza ha permesso di valutare l'andamento epidemiologico delle singole malattie e, quindi, di analizzare e valutare il rischio sanitario sull'intero territorio nazionale soddisfacendo anche i crediti informativi nei confronti degli organismi internazionali (OIE, EU, EFSA).

Nell'ambito del processo di filiera integrato, l'identificazione e la registrazione degli animali rappresenta un altro fattore critico del controllo sanitario e del monitoraggio delle malattie, oltre che ovviamente in tutto il complesso dinamismo della tracciabilità dei prodotti alimentari di origine animale. Relativamente all'identificazione e registrazione degli animali e delle loro movimentazioni è stata resa operativa la Banca Dati Nazionale Bovina (BDN), mentre sono state predisposte le prime fasi per quanto riguarda i sistemi di identificazione e registrazione di altre specie di interesse zootecnico, come le specie ovicaprina e suina.

Diventa, pertanto, fondamentale proseguire nelle attività fino ad ora portate avanti migliorando tutto il sistema come previsto anche dalle norme comunitarie. Gli obiettivi futuri devono riguardare in particolare l'implementazione di un puntuale ed efficace flusso informativo dei dati epidemiologici provenienti dai territori delle singole Regioni attraverso la realizzazione di un nuovo sistema di "epidemiologia – sorveglianza" in grado di mettere a disposizione in tempo reale informazioni epidemiologiche secondo un formato unico.

Pertanto, risulta fondamentale lo sviluppo di siti WEB di informazione e notifica e di un sistema informativo per le malattie degli animali, in particolar modo per le zoonosi, che consenta di raggiungere gli obiettivi prima accennati.

A tal fine, diventa necessario prevedere le seguenti azioni:

1. razionalizzare le attività di monitoraggio esistenti e programmare piani di controllo ed eradicazione speciali per i territori nei quali la prevalenza delle malattie degli animali domestici risulta essere a livelli critici.
2. adeguare il sistema di raccolta delle informazioni attualmente in uso alla tecnologia basata sulle reti informatiche attraverso l'innovazione tecnologica del sistema (Web – based, information system).
3. razionalizzare le attività di monitoraggio dedicati (in allevamento o al macello) per ottenere informazioni su alcuni agenti di zoonosi (es. campilobacter) e per il monitoraggio dell'antibiotico resistenza.
4. implementare le anagrafi e l'identificazione delle specie di maggior interesse zootecnico.

Questo permetterà di conseguire i seguenti valori aggiunti:

- disponibilità rapida dell'informazione
- trasparenza dell'informazione con accesso graduale in rapporto ai diversi soggetti coinvolti: vari livelli e strutture del SSN (enti centrali, regioni, ASL, IZS) e vari livelli d'utenza (produttori, cittadini).
- Maggiore possibilità di eseguire a livello locale interventi relativi a particolari problematiche di sanità animale e sanità pubbliche.

ANDAMENTO DELLE PRINCIPALI MALATTIE DI INTERESSE ZOOTECONICO

Per ogni singola malattia vengono riportate di seguito le principali attività svolte nell'ambito delle applicazioni di misure di controllo sorveglianza ed eradicazione.

1) TUBERCOLOSI, BRUCELLOSI E LEUCOSI - L'Ufficio predispone, a livello centrale, la normativa e le linee guida da applicare a livello regionale e locale (ASL) relativamente ai piani di eradicazione ed al controllo della leucosi, della brucellosi e della tubercolosi negli animali domestici, in considerazione dell'impatto che queste malattie hanno sulla sanità pubblica (in particolare brucellosi e tubercolosi malattie trasmissibili anche all'uomo) ed in considerazione dei costi notevoli sostenuti ogni anno per l'effettuazione dei test diagnostici e per il rimborso degli animali positivi abbattuti a causa della persistenza delle suddette malattie in ambito nazionale.

Il Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria invia inoltre, alla Commissione Europea di Bruxelles l'attività svolta annualmente in ambito nazionale, raccogliendo le informazioni relative all'attività di controllo svolta dalle varie regioni italiane e compilando appositi format previsti dalla legislazione comunitaria.

Tali azioni sono finalizzate ad ottenere una quota comunitaria di co-finanziamento per la parziale copertura delle spese sostenute.

Personale del Dipartimento partecipa, inoltre, a tutti gli incontri organizzati dalla Commissione Europea, finalizzati ad uniformare e discutere i piani di eradicazione delle suddette malattie applicati dai vari Stati Membri.

Attualmente i piani di eradicazione prevedono almeno un controllo annuale su tutti i bovini di età superiore alle sei settimane per la tubercolosi, almeno un controllo annuale in tutti i bovini di età superiore ai 12 mesi per la brucellosi e la leucosi, almeno un controllo annuale per tutti gli ovi-caprini di età superiore ai 6 mesi per la brucellosi. Tutti i capi positivi devono essere macellati entro 30 giorni, con destinazione al consumo umano delle carni se la carcassa dell'animale abbattuto non presenti lesioni generalizzate in sede di macellazione. Un allevamento viene considerato ufficialmente indenne quando tutti gli animali presenti siano risultati negativi a due prove eseguite a distanza di 3 - 6 mesi l'una dall'altra.

Obiettivo principale del Dipartimento è la revisione della normativa nazionale, affinché venga aggiornata in funzione di eventuali modifiche della normativa comunitaria ed allo scopo di garantire una maggiore uniformità nell'attuazione dei piani di eradicazione a livello nazionale, in modo tale da permettere il raggiungimento di risultati migliori anche da parte delle regioni al momento più in difficoltà.

2) ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (EST) - Le encefalopatie spongiformi trasmissibili (EST) sono un gruppo di malattie di carattere neurodegenerativo che colpiscono diverse specie animali. In Italia sono attualmente presenti la BSE, che interessa i bovini, e la Scrapie che riguarda invece gli ovi-caprini. La prima sembra essere correlata ad un'altra encefalopatia spongiforme dell'uomo, mentre per la seconda non sussistono, al momento, prove scientifiche della sua trasmissibilità all'uomo. Verso tali malattie la Commissione europea ha intrapreso, a partire dal 2001, un insieme di misure finalizzate alla loro eradicazione e prevenzione della salute del consumatore.

Tali misure sono contenute nel Regolamento (CE) 999/2001 (norma direttamente applicativa in Italia) che ha subito nel tempo numerose modifiche per venire incontro all'evolversi della situazione epidemiologica.

Tale Regolamento è stato nel tempo integrato da misure individuate da questo Dipartimento per essere coerenti con la politica di indirizzo del Ministero della Salute, fortemente orientata alla protezione della salute del consumatore.

Il Regolamento 999/2001 individua per entrambe le malattie le seguenti misure di lotta:

- a) **attività di sorveglianza:** tale attività prevede controlli negli allevamenti per individuare bovini o ovicapri con sintomi sospetti di BSE o Scrapie e l'esecuzione di test diagnostici su tutti i bovini macellati di età superiore ai 24 o 30 mesi a seconda della loro categoria di rischio nonché su una quota di ovicapri di età superiore ai 18 mesi.
- b) **attività di eradicazione:** è costituita dall'insieme di misure che vengono applicate negli allevamenti bovini in cui viene individuato un caso di BSE o di Scrapie. Tra le più importanti vi è l'abbattimento e distruzione di tutti o parte dei capi presenti nella azienda.
- c) **attività di prevenzione**

Consiste nel divieto di utilizzo di proteine animali nella alimentazione degli animali domestici. E' il cosiddetto "bando alimentare" che ha avuto un ruolo determinante nella lotta alla BSE.

Oltre al bando alimentare è tutt'ora applicata l'eliminazione e distruzione al macello di alcuni organi di bovini e ovicapri ritenuti a rischio perché contenenti potenzialmente la maggiore quota di materiale infettivo (materiale specifico a rischio).

Per quanto concerne la BSE l'obiettivo è quello di arrivare ad una completa eradicazione della malattia sull'intero territorio nazionale, intesa come totale assenza di casi.

Situazione nel 2005.

A fronte dei 700.000 test eseguiti sui bovini macellati sono stati individuati 8 casi di malattia.

Confrontando le prevalenze età specifiche nei differenti anni (2001-2005) si nota una riduzione tendenziale delle dimensioni dell'epidemia con curve progressivamente più basse.

I bovini positivi che vengono individuati anno per anno risultano in media più anziani rispetto a quelli individuati negli anni precedenti.

Rileggendo gli stessi dati in termini diversi si nota come la prevalenza di malattia presenti un picco per il rischio di infezione in particolare per gli animali nati nel 1996, seguito da una riduzione nelle coorti di nascita più recenti.

Questi dati stanno a dimostrare che il periodo di massima esposizione sia stato con ogni probabilità il 1996, dopo il quale l'applicazione di misure di controllo sui mangimi e l'eliminazione del materiale a rischio ha ridotto i rischi di contrarre la malattia.

Considerato il lungo periodo di incubazione della malattia (in media 4-5 anni) la valutazione dell'effettiva e completa efficacia delle misure adottate è sempre posticipata di un certo lasso di tempo. I dati del 2005 confermano comunque un progressivo chiaro miglioramento che se mantenuto potrebbe portare alla completa eradicazione della malattia nel volgere di pochi anni.

3) BLUE TONGUE

Nell'agosto del 2000 l'Italia si è trovata ad affrontare il più intenso focolaio di bluetongue (BT) o febbre catarrale degli ovini che abbia mai colpito l'Europa, malattia della Lista A dell'O.I.E., nell'ambito del quale più di 500.000 ovini sono morti o sono stati abbattuti. Nell'estate del 2001, allo scopo di riuscire ad individuare o escludere la presenza di BT, è stato istituito un sistema di sorveglianza sierologica basato su animali sentinella presenti nelle zone di protezione e sorveglianza e nelle aree a rischio infezione. Nell'ottobre del 2001, il sistema è stato esteso all'intero territorio nazionale. Durante il 2005, è stato confermato un unico focolaio in Sardegna, dove il sistema di animali sentinella rivelava la circolazione del virus della bluetongue (BTV). Il piano di eradicazione messo in atto dall'Italia è stato approvato dalla Commissione Europea e cofinanziato dalla stessa a riprova del riconoscimento comunitario nei confronti di un sistema di sorveglianza che non ha avuto precedenti in Europa.

4) INFLUENZA AVIARIA

A seguito delle segnalazioni provenienti dagli Organismi internazionali in merito ad una possibile diffusione dell'Influenza aviaria, con possibili riflessi sulla salute dei cittadini italiani il Dipartimento ha adottato una serie di misure a carattere preventivo nel settore degli allevamenti sulla base delle linee guida comunitarie.

Nello specifico ha intensificato la **sorveglianza regolare** su tutto il territorio nazionale, soprattutto sull'avifauna selvatica viva e morta. Il sistema di controllo è stato strutturato in modo da garantire l'attivazione di un *sistema di allerta rapido* per la individuazione precoce della circolazione virale, sulla base del continuo scambio di informazioni tra Organo centrale (Ministero Salute) e Organi locali (Regioni – ASL) mediante l'utilizzazione di una fitta rete di laboratori nazionali (I.I.ZZ.SS); Sono stati esaminati nell'ambito dell'attività di sorveglianza 2567 campioni provenienti da animali selvatici dal 1° ottobre 2005 al 31 dicembre 2005 nelle aree individuate dagli esperti dell'Istituto Nazionale per la Fauna Selvatica come possibili territori a rischio. I risultati dell'attività di sorveglianza sia negli allevamenti domestici che selvatici svolta nell'anno 2005 sono stati inviati alla Commissione Europea insieme ai costi sostenuti ai fini del co-finanziamento.

Per fronteggiare l'emergenza IA il Dipartimento ha disposto inoltre l'obbligo di registrazione delle aziende di volatili commerciali presso le A.S.L. e delle misure di biosicurezza negli allevamenti avicoli nonché ha rafforzato la rintracciabilità di tutte le partite di volatili vivi compresi i volatili sensibili custoditi nei giardini zoologici.

Il Dipartimento ha inoltre istituito l'Unità Centrale di Crisi (U.C.C.), per far fronte all'eventuale insorgenza nel territorio nazionale di focolai di influenza aviaria ad alta patogenicità incaricata, per l'intero territorio nazionale, della pianificazione degli interventi e del coordinamento delle misure di controllo ed eradicazione della malattia.

5) SISTEMA DI ANAGRAFE ZOOTECNICA

L'anagrafe zootecnica è uno strumento di fondamentale importanza per la sorveglianza epidemiologica, la sicurezza alimentare e, nel suo complesso, la stessa sanità pubblica. Per tali motivi il sistema di gestione dell'anagrafe zootecnica, in via prioritaria quella bovina, data la rilevanza della crisi BSE, ha previsto un considerevole investimento in termini di risorse umane, tecnologiche e finanziarie per dare adeguate risposte sia a tutti gli operatori della filiera zootecnica che al mondo dei consumatori.

Anagrafe bovina - In merito all'anagrafe bovina si rappresenta che a seguito delle molteplici attività promosse dall'Ufficio congiuntamente al Comitato tecnico di coordinamento, il Centro Servizi Nazionale presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Teramo (di seguito CSN) e la Struttura commissariale, il livello di efficienza raggiunto dal sistema ha consentito di ottenere dalla Commissione Europea il riconoscimento del carattere di piena operatività della Banca Dati Nazionale dell'anagrafe bovina a partire dal 1 aprile 2006 (Decisione della Commissione 2006/132/CE del 13 febbraio 2006). Accanto a quanto sopra rappresentato il settore ha continuato a verificare le richieste di accesso/consultazione alla BDN, nonché di fornitura di dati e a concedere i relativi nulla osta, ad esaminare richieste di chiarimenti e pareri da parte delle Regioni, ASL e Associazioni di categoria, a coordinare i controlli richiesti da altri stati membri in merito agli animali di provenienza comunitaria ma macellati in Italia, a "supportare" l'attività del Comitato tecnico di coordinamento per l'anagrafe bovina.

Anagrafe avicoli - Per quanto riguarda la necessità di implementazione dell'anagrafe avicola, c'è da sottolineare che l'urgenza con la quale si è proceduto è stata commisurata alla necessità di emanare dei provvedimenti necessari a fronteggiare l'emergenza Influenza Aviaria. Il CSN di Teramo dal 23 novembre 2005 ha messo in produzione sul sito <https://avicoli.izs.it> gli strumenti informatici per la gestione della BDN delle aziende avicole. In data 11 gennaio 2006 è stata richiamata la necessità di completare le operazioni di registrazione entro un termine massimo di 60 giorni. Alla data odierna risultano registrate in BDN 14.435 strutture avicole. Il raffronto con il dato ISTAT del 2003 relativo alle aziende avicole con più di 250 capi (5451) dimostra che la percentuale di registrazione in BDN ha evidentemente coperto la quasi totalità delle aziende con obbligo di registrazione più strutture di diversa tipologia che non rientrano nel dato dell'Istituto di Statistica (incubatoi, commercianti, ecc.) nonché un numero consistente di allevamenti rurali.

Anagrafe ovina e caprina - La pubblicazione della Nota Circolare del 28 luglio 2005 recante indicazioni per l'applicazione del Regolamento CE 21/2004 ha consentito di avviare il sistema I&R degli ovicapri inclusi tutta la struttura informatica al fine di consentire l'accesso ai diversi utenti alla BDN del settore ovino e caprino.

E' stata stabilita, inoltre, la struttura del codice identificativo degli animali nonché è stata ribadita l'identità del codice tra identificativo convenzionale e identificativo elettronico.

Anagrafe suina - A seguito di diversi incontri sia con le Regioni che con le Associazioni di categoria è stata approntata una bozza di provvedimento allo scopo di stabilire i criteri per l'anagrafe di tale specie.

Anagrafe equidi - Lo schema di decreto concernente Linee guida e principi per l'organizzazione e gestione dell'anagrafe equina da parte dell'UNIRE, è in corso di discussione.

4. GLI OPERATORI SANITARI E LA FORMAZIONE CONTINUA

4.1 Le professioni sanitarie

Il Ministero della Salute interviene nella programmazione dei fabbisogni quali-quantitativi del Servizio sanitario nazionale per il personale sanitario con diploma di laurea e con lauree specialistiche e nei programmi di formazione in medicina generale. In tale settore è necessario potenziare l'azione di impulso e coordinamento dello Stato per una omogeneizzazione delle politiche concernenti la stima del fabbisogno del personale sanitario che origina dalle Regioni e dalle Province autonome. L'obiettivo per il Ministero e le Regioni è di pervenire a stime corrette in funzione delle esigenze delle strutture sanitarie e in funzione di una concreta corrispondenza dei laureati nel mondo del lavoro anche con particolare riguardo a quelle professionalità delle quali si avverte una particolare carenza.

In tema di professioni sanitarie un aspetto di peculiare evidenza è rappresentato dalla distribuzione del numero dei medici e degli infermieri operanti nel nostro Paese, come illustrato nei seguenti grafici:

GRAFICO n.1

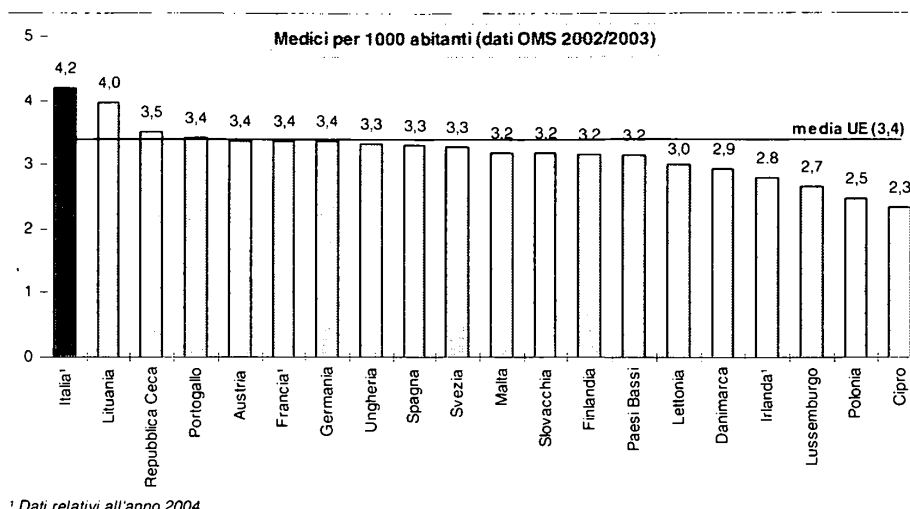


GRAFICO n. 2

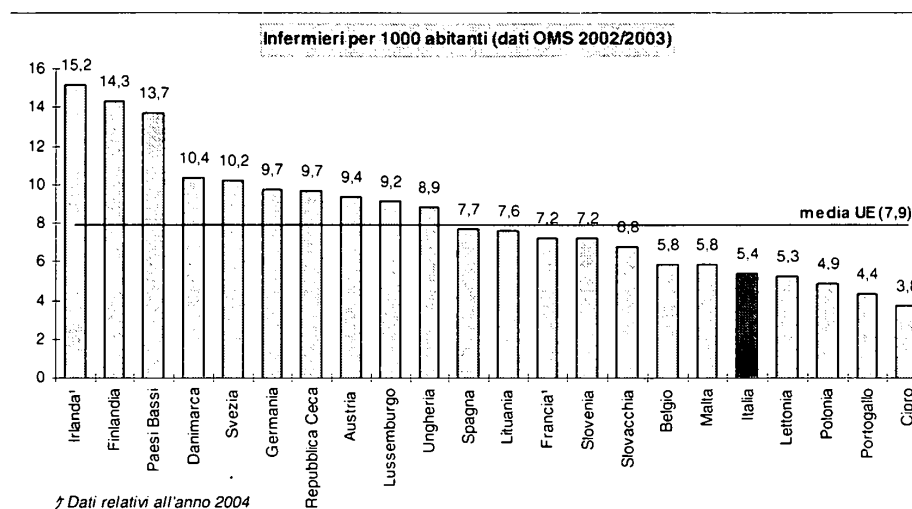
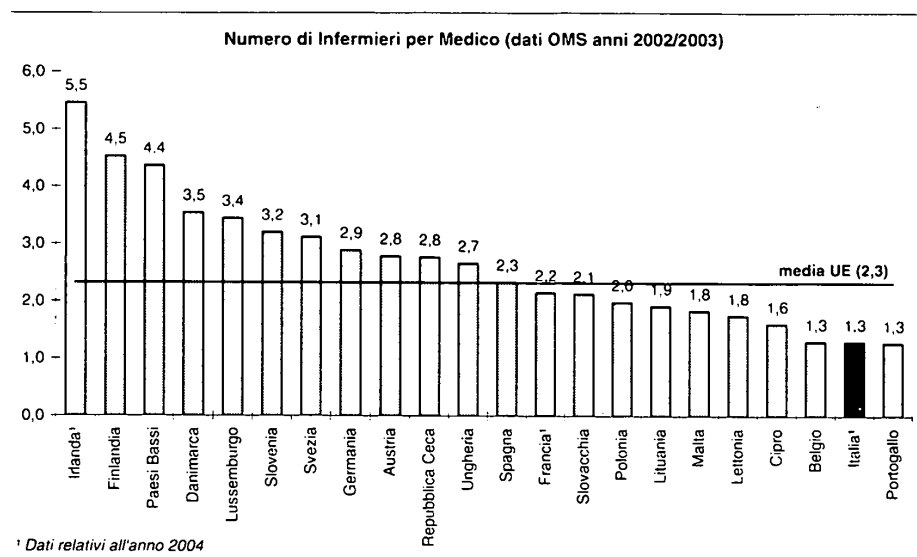


GRAFICO n.3

**Nota metodologica relativa ai Grafici**

I dati riportati nei grafici sono stati estratti dal Database on line della World Health Organization e sono relativi agli anni 2002 e 2003. Solo per le informazioni riferite a Irlanda e Francia (e per il numero dei medici italiani) l'anno riportato è il 2004. Inoltre, i dati relativi a Regno Unito, Estonia e Grecia non sono stati considerati perché aggiornati ad anni antecedenti il 2001.

Gli indicatori considerati sono basati sul numero di professionisti (infermieri e medici) "attivi", ossia esercitanti la professione nel settore pubblico o privato.

I grafici pertanto, vanno interpretati in modo relativo e non assoluto, focalizzando l'attenzione sulla posizione del nostro Paese rispetto alla media europea.

Dalla lettura contestuale dei grafici si evince che:

- il numero di medici per 1000 abitanti in Italia (4,2) non solo è superiore alla media europea (3,4) ma è anche maggiore del dato riferito a ciascuno dei Paesi considerati;
- la densità di infermieri italiani per abitante (5,4) è di gran lunga inferiore alla media UE (7,9), in particolare l'Italia si colloca agli ultimi posti di tale graduatoria precedendo solo Lettonia, Polonia, Portogallo e Cipro;
- di conseguenza il rapporto Infermieri su Medici nel nostro Paese (1,3) insieme al dato riferito al Portogallo rappresenta il minimo registrato in tutta l'UE.

Per quanto concerne più in generale l'esercizio delle professioni sanitarie occorre ricordare che accanto alle professioni già costituite in Ordini (medici-chirurghi ed odontoiatri, medici-veterinari, farmacisti) e Collegi (ostetriche, tecnici sanitari di radiologia medica, infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia), le più recenti disposizioni in materia di professioni sanitarie prevedono la trasformazione in Ordini dei Collegi professionali esistenti, nonché la creazione degli Ordini per le professioni attualmente non costituite in Ordini.

Attualmente le 22 professioni sanitarie riconosciute sono esercitate da circa 500.000 professionisti che operano nelle aree infermieristiche, ostetrica, riabilitativa, tecnico-sanitaria e della prevenzione.

In tale settore occorre evidenziare l'opportunità, da un lato, di razionalizzare le competenze delle professioni esistenti (che a volte si sovrappongono, dando origine a *zone grigie* fra una professione e l'altra), e dall'altro, di individuare nuove professioni sanitarie, di cui il sistema necessita (a titolo esemplificativo, si segnalano gli Ottici, gli Odontotecnici che attualmente sono arti ausiliarie delle professioni sanitarie, e altri operatori quali ad esempio i Chiropratici).

Mobilità europea delle professioni dell'area sanitaria

Con uno sguardo, invece, rivolto alla mobilità europea delle professioni dell'area sanitaria si deve fare riferimento alle misure destinate ad agevolare la libera circolazione delle stesse (Direttiva 2005/36/CE del 7 settembre 2005) che vede la Direzione impegnata nel recepimento nell'ordinamento nazionale, ai sensi della legge comunitaria 25 gennaio 2006, n. 29 e della Direttiva 2005/36/CE del 7 settembre 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali. La direttiva in questione fissa le regole con cui uno Stato membro - che sul proprio territorio subordina l'accesso ad una professione regolamentata o il suo esercizio al possesso di determinate qualifiche - riconosce le qualifiche professionali acquisite in un altro Stato membro.

In termini generali la predetta direttiva, volta a garantire la libera circolazione dei cittadini comunitari e ad agevolare sia il diritto di stabilimento sia l'esercizio delle libere prestazioni di servizi, indica, tra l'altro, i principi cui devono conformarsi gli Stati membri in materia di formazione, di riconoscimento dei titoli professionali, di riconoscimento di esperienza professionale, di cooperazione amministrativa tra autorità competenti.

In questo ambito, occorre evidenziare l'attività di riconoscimento dei titoli abilitanti all'esercizio delle professioni sanitarie conseguiti in paesi all'estero. Tali titoli sono riconosciuti sulla base dell'esame della documentazione prodotta dagli interessati. Le procedure sono piuttosto complesse sia per la grande diversità dei percorsi formativi seguiti in tutti i Paesi del mondo, sia perché la legge prevede il coinvolgimento nelle procedure di riconoscimento, mediante una Conferenza di servizi, di una pluralità di Amministrazioni, ivi compresa la rappresentanza della categoria professionale cui si riferisce il riconoscimento.

Particolarmente complesso è il riconoscimento dei titoli conseguiti in paesi extracomunitari, poiché, mentre per i paesi della Unione Europea sono individuati i titoli automaticamente riconoscibili negli allegati alle direttive comunitarie, per i paesi non UE è necessario valutare i percorsi formativi seguiti dai richiedenti, entrando nel merito delle materie e delle ore di studio seguite, previa acquisizione dei programmi di studio dettagliati.

Le normative prevedono inoltre che i percorsi formativi in parte carenti dei sanitari, sia comunitari che non comunitari, possano essere compensati con una prova attitudinale, consistente in un esame sulle materie carenti, o con un tirocinio sotto la responsabilità di un tutor.

L'organizzazione di tali misure compensative, cui si fa assai frequentemente ricorso, essendo i percorsi seguiti in Italia tra i più qualificati del mondo, sia per scolarità di base che per anni di corso professionalizzante, rappresenta certamente una forte criticità dell'attività degli uffici.

Infine, per quanto riguarda il riconoscimento del titolo d'infermiere, per far fronte alla grave carenza esistente nel nostro Paese, sono stati attivati alcuni percorsi in campo europeo ed extra per agevolare, nel rispetto di tutte le dovute garanzie circa la qualificazione dei sanitari, l'ingresso degli stessi nel servizio sanitario italiano.

4.2 Realizzare una formazione permanente di alto livello in Medicina e Sanità, ECM (dall'impianto metodologico all'impianto programmatico)

Il programma nazionale di Educazione continua in medicina (ECM) è stato avviato in via sperimentale il 1° gennaio 2002.

La Commissione nazionale per la formazione continua - che ha varato il Programma - ha posto in essere il progetto per verificare l'effettiva idoneità di un Programma nazionale, e successivamente regionale, della formazione continua al fine di consentire agli operatori sanitari italiani di partecipare ai corsi accreditati al Programma.

La partecipazione di ogni operatore sanitario è stata impostata prevedendo due gruppi di obiettivi formativi:

- il primo con obiettivi applicabili in via generale a tutte le professioni interessate al Programma (sono state individuate 32 professioni sanitarie) con programmi di dettaglio ripartiti a seconda della professione interessata;
- il secondo con obiettivi applicabili alle distinte professioni con programmi di dettaglio mirati alla specifica professione.

Come noto, l'articolo 16 bis del decreto legislativo n. 502/1992 (come modificato e integrato dal decreto legislativo n. 229/1999) e gli articoli successivi introducono la formazione continua, mirata al costante aggiornamento professionale per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 16 bis sancisce principi quali: obbligatorietà della formazione permanente per tutti gli operatori sanitari, anche presso strutture private; obiettivi formativi nazionali e regionali; accreditamento delle strutture, pubbliche e private, che siano in possesso dei requisiti per erogare formazione di adeguato livello tecnico scientifico.

Allo stato, la Commissione nazionale per la formazione continua ha approvato il Piano nazionale per l'aggiornamento, documento contenente: i nuovi obiettivi formativi di interesse nazionale; la definizione degli istituti che operano in materia di formazione continua; i ruoli che i predetti istituti devono svolgere; i criteri per l'accreditamento dei provider. Il documento, in sostanza, ha carattere programmatico avendo definito il Piano sanitario per l'aggiornamento deputato all'avvio del prossimo triennio 2006-2008, formulando i nuovi criteri e linee guida per il futuro accreditamento dei soggetti formatori, pubblici e privati.

La Commissione ha operato costantemente, nel corso del progetto nazionale di ECM, per favorire e incentivare una formazione di alto livello: in tale direzione, ha proposto e attuato progetti sperimentali, sia sul piano delle metodologie che dei contenuti scientifici, tramite soggetti di alto livello scientifico e di centri di eccellenza.

Ha attivato nel quinquennio 2002-2006 convenzioni con soggetti di particolare rilievo nazionale (Istituto superiore di sanità, Istituto Spallanzani, Ospedale Bambino Gesù, FISM, FIASO). Le attività comprese negli accordi sono state realizzate per lo sviluppo di complesse problematiche sui contenuti (portali informatici: es. pediatria di base), di procedure (valutazione degli eventi formativi) e di metodologie didattiche e tecnologiche (formazione a distanza, e-learning).

Attualmente il sistema informativo ECM registra un numero di soggetti formatori, tra pubblici e privati, che supera il numero delle 8000 unità. Il numero di singole attività formative, ovvero progetti formativi aziendali e eventi formativi residenziali, comprensivo delle edizioni, supera il milione di unità (oltre 300.000 tra eventi e progetti formativi e relative edizioni).

Le professioni sanitarie interessate al progetto sono 32, compresi gli ottici e gli odontotecnici. Nel programma sono coinvolti sia i dipendenti e convenzionati di strutture pubbliche e private sia i liberi professionisti. I crediti formativi stabiliti dalla Commissione per il quinquennio 2002-2006 è di 120 per ciascun operatore sanitario.

In ogni caso, va sottolineato che, nonostante non siano state definite le misure penalizzanti a carico degli operatori sanitari neanche in sede di contrattazione collettiva di lavoro, l'adesione degli operatori medesimi è stata complessivamente molto positiva (12 milioni di partecipanti).

Posta l'importante premessa dell'approvazione del piano nazionale per l'aggiornamento, l'orientamento delle istituzioni, nei prossimi mesi, sarà verso l'avvio a regime della procedura di accreditamento dei provider (formatori). I requisiti per l'accREDITAMENTO riguardano le caratteristiche dei soggetti, il rigore qualitativo nella offerta formativa e l'indipendenza da interessi commerciali (cosiddetto conflitto di interessi). Dovranno necessariamente essere attivate procedure di controllo sulla attività dei provider, finalizzate alla verifica, oltre che della sussistenza dei requisiti minimi, anche della corretta applicazione delle norme generali e particolari che regolano la formazione continua.

Ciò in quanto il processo di condizionamento della formazione continua che grava come obbligo sugli operatori sanitari si fonda nel raggiungimento di obiettivi formativi connessi al Piano Sanitario Nazionale e ai Piani Sanitari Regionali.

È evidente che l'implicazione strategica dell'assolvimento dell'obbligo formativo consente di esprimere al meglio le capacità di realizzazione dei progetti sanitari che possono vantare una adeguata preparazione degli operatori sanitari coinvolti.

La necessità di individuare – condizionati dagli obiettivi strategici individuati nel Piano nazionale della formazione – gli indicatori di attività e i valori degli indicatori attesi di risultato comprova la significativa portata del Programma di Educazione Continua in Medicina.

CRITERI PER L'ASSEGNAZIONE DEI CREDITI IN ECM

a) progettazione didattica

b) obiettivi formativi

c) metodologia didattica

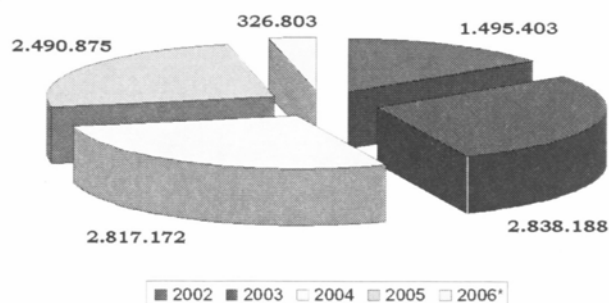
modalità di formazione/apprendimento utilizzabili in 8 tipologie:

1. la formazione residenziale
2. la formazione residenziale interattiva
3. gli stage
4. i gruppi di miglioramento
5. l'attività di ricerca
6. l'autoapprendimento senza Tutor
7. l'autoapprendimento con Tutor
8. la docenza, il tutoring, le presentazioni a convegni e le pubblicazioni

Ad ognuna delle tipologie identificate corrispondono specifiche indicazioni per il calcolo dei crediti.

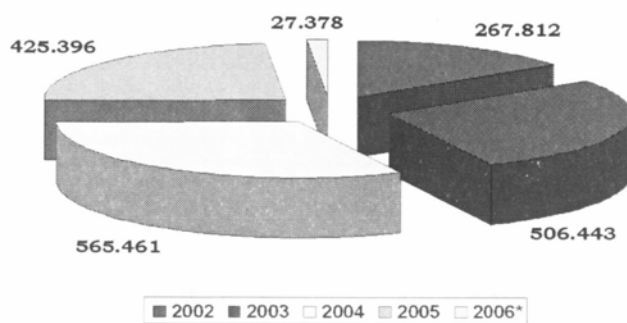
d) valutazione e assegnazione crediti all'evento

PARTECIPANTI EFFETTIVI EVENTI
(risultato dei rapporti)

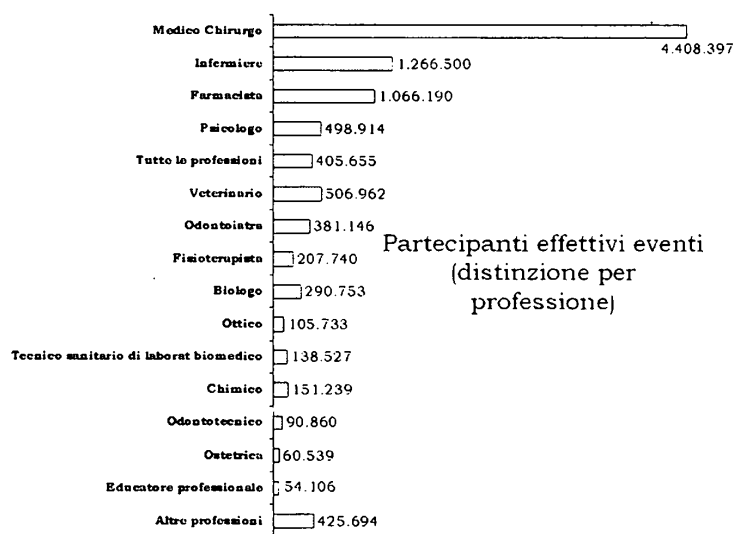
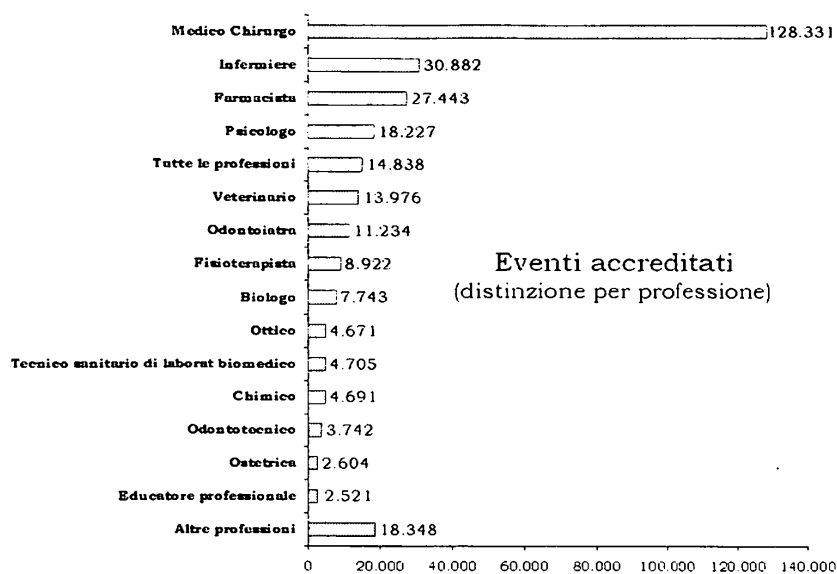


* Dati al 19 maggio 2006

PARTECIPANTI EFFETTIVI PFA
(risultato tratto dai rapporti)



* Dati al 19 maggio 2006



5. GLI SVILUPPI DELLA RICERCA E GLI ACCORDI INTERNAZIONALI

5.1 Sviluppo di reti di eccellenza nell'ambito del S.S.N. - Promuovere collaborazioni pubbliche e private nel campo della Ricerca

La strategia del Ministero della Salute per quanto riguarda gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico è quella di favorire l'aggregazione degli Istituti appartenenti alla propria rete istituzionale, IRCCS, ISS, ISPELS, con le Università e gli altri Istituti pubblici e privati di ricerca.

Il Ministero ha promosso le reti strutturali affidando ad esse progetti coordinati con le diverse istituzioni (ISS, IRCCS, IZS, ISPESL, Regioni, Università, CNR) ciò anche al fine di facilitare l'accesso ai fondi europei del VI e VII Programma Quadro, ai fondi del PNR 2006-2008 e ai fondi per i progetti di ricerca industriale ex L. 297/99.

Altro obiettivo è stato quello di far crescere la consapevolezza che la ricerca è finalizzata al miglioramento delle prestazioni fornite al cittadino che le potrà osservare sia sotto forma di un nuovo farmaco più efficace o di un nuovo modelli di organizzativo con riduzione dei tempi di attesa.

Il Ministero della Salute ha finanziato progetti per sperimentare modelli per il problema delle malattie rare, per quelle a maggior impatto sociale (oncologica, cardiologia, diabetologica, terapia del dolore) e progetti per i soggetti più fragili come gli anziani. Per far ciò ha coinvolto le organizzazioni del volontariato.

Le linee portanti sono state:

Contribuire alla formazione del personale nelle nuove specialità – medicina molecolare

- Promotore fondazione SEMM, Scuola Europea di Medicina Molecolare per la preparazione dei giovani ricercatori

Contribuire alla introduzione di nuove tecnologie per la lotta la cancro

- Fondazione CNAO: ha promosso e finanziato la Fondazione CNAO (centro di adroterapia oncologia); il centro è in costruzione a Pavia e tratterà il primo paziente alla fine del 2007.
- Tomoterapia: apparecchiatura sperimentale che combina l'IMRT, la PET e la Tac. E' in fase di acquisizione da parte di nuovi IRCCS.

Impegno diretto per le nuove terapie

- Programma nazionale delle cellule staminali
- Programma nazionale AIDS
- Vaccino sperimentale ISS – AIDS – rapporto pubblico privato.

Contribuire alla internazionalizzazione della ricerca

- Accordo Italia-USA che coinvolge la proteomica (diagnosi precoce in oncologia con metodi non invasivi), malattie rare e innovazione terapeutiche (µRNA non-sense)

Favorire l'integrazione delle risorse

- Alleanza Contro il Cancro, associazione che coinvolge tutti gli IRCCS oncologici per la messa in comune di risorse ed esperienze. Molto significativo è il progetto TESEO di telepatologia che permette la diagnosi a distanza.

Sperimentare nuovi modelli gestionali con la partecipazione delle associazioni di volontariato come la FAVO e la Fondazione Floriani.

- Persone fragili - Istituto Superiore di Sanità - Pfizer Italia S.p.A.: Osservatorio Anziano Fragile

Il problema della carenza di fondi è stato attutito dal coinvolgimento di risorse private attraverso procedure trasparenti (bando pubblico).

In effetti vi è una disponibilità finanziaria consistente da parte di fondazioni, anche bancarie, che solo in minima parte viene messa a disposizione delle Imprese o Istituzioni che vogliono sviluppare o impegnarsi nella ricerca e, in particolare, in quella industriale. L'utilizzazione di questo capitale potrebbe rilanciare il sistema Italia convertendo la ricerca biomedica di base in prodotti a vantaggio della popolazione.

Tutti gli Istituti (ISS, IRCCS, IZS, ecc.) hanno collaborato con l'industria privata perché questa rappresenta una opportunità di finanziamento aggiuntivo.

Inoltre si sta passando dai bandi tradizionali di chiamata, dove i progetti vengono esaminati, a bandi mirati dove si indica specificamente ciò di cui si ha bisogno e si finanzia chi dimostra di avere la capacità di proporre e realizzare con una forte probabilità di riuscita. Questo per evitare che ci sia una polverizzazione dei finanziamenti.

In altre parole è necessario mirare a finanziamenti su poche iniziative con forte probabilità di ricaduta, sulle quali investire molto sia in termini umani che finanziari.

Le competenze della Direzione Generale della Ricerca scientifica e tecnologica riguardano il perseguimento della politica della **ricerca** del Ministero della Salute, attraverso la promozione ed il finanziamento di una ricerca scientifica in campo biomedico e sanitario di elevata qualità, una base scientifica per la programmazione degli interventi mirati al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

La Fondazione **IME, Istituto Mediterraneo di Ematologia**, costituita nel 2003 per volontà del Ministero della Salute, del Ministero degli Affari Esteri, del Ministero dell'Economia e Finanze e della Regione Lazio, persegue le seguenti finalità: a) attivare un centro di eccellenza e di alta specializzazione per il trattamento e lo studio sulla talassemia e sulle malattie ematiche; b) realizzare, in un contesto di cooperazione e interscambio, una "rete" per l'integrazione di strutture italiane ed estere, in particolare del bacino del Mediterraneo, specializzate nella ricerca e trattamento della talassemia e delle malattie ematiche; c) richiedere il riconoscimento del Centro quale IRCCS.

Particolarmente sviluppato il settore dei rapporti internazionali collegati allo sviluppo del "progetto internazionale Talassemia", con relazioni istituzionali ed interventi internazionali nei *Progetti Paese* con Egitto, Libano, Palestina,

Iraq, e contatti con Siria, Giordania, Maldive, Albania ed altri Paesi del bacino del Mediterraneo nonché Medio ed Estremo Oriente.

Lo sviluppo della **collaborazione in rete** tra gli Istituti ed Enti di ricerca biomedici italiani è stato implementato anche con la costituzione del servizio **Bibliosan**, promosso dal Ministero della Salute. A Bibliosan aderiscono le biblioteche degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS), dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dell'Istituto Superiore per la prevenzione e la Sicurezza sul lavoro (ISPESL), dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR).

Lo scopo del servizio Bibliosan è creare e coordinare un efficace ed efficiente servizio d'informazione scientifica in rete sfruttando le opportunità offerte dalle reti informatiche (internet ed intranet). I mezzi per raggiungere questi obiettivi sono la condivisione ed il potenziamento delle risorse documentarie esistenti e l'acquisto collettivo di risorse in formato elettronico (e-journals e banche dati biomediche).

Il servizio Bibliosan, rendendo disponibili in rete le risorse informative di ciascun Ente, aumenterà la collaborazione tra gli aderenti e nel contempo la disponibilità di risorse documentarie consentendo così di svolgere un ruolo significativo nel perseguimento degli obiettivi di qualità, tempestività ed esaustività come necessario supporto alle attività di ricerca e diffusione dell'informazione scientifica.

Sono stati sciolti i precedenti Comitati Paritetici di Vigilanza, a seguito dell'emanazione della sentenza della Corte Costituzionale n. 270 del 2005, che affida sostanzialmente alle Regioni territorialmente competenti la composizione degli organi dei citati Istituti.

La Direzione Generale della Ricerca svolge essenzialmente compiti di vigilanza nei confronti degli Istituti riconosciuti ai sensi del decreto legislativo 288 del 2003; esamina, d'intesa con le Regioni, le richieste di nuovi riconoscimenti pervenute da parte di Enti pubblici e privati e quelle di conferma del carattere scientifico da parte degli IRCCS già riconosciuti, verificando la sussistenza dei requisiti richiesti dal citato decreto legislativo.

Sarà compito della Direzione Generale, inoltre, verificare, non appena saranno effettuate tutte le operazioni di installazione di appositi software (Business Object), i dati contabili degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, i quali sono tenuti ad inviare i conti economici trimestrali e i rendiconti annuali. La verifica di tali dati contabili sarà, pertanto, indispensabile per effettuare il monitoraggio di quegli Enti che hanno già ottenuto il riconoscimento del carattere scientifico.

E' da evidenziare, poi, tutta l'attività inerente l'esame delle leggi regionali che disciplinano in dettaglio l'attività assistenziale e la composizione degli organi degli IRCCS e la compatibilità delle stesse con la normativa nazionale (D.lgs. 288/2003).

Continueranno, comunque, le attività di carattere generale riguardanti le risposte ai quesiti formulati dagli IRCCS, l'esame dei verbali dei Collegi sindacali nonché le interrogazioni parlamentari inviate dall'Ufficio Legislativo.

Per quanto riguarda la **Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping**, istituita presso il Ministero della Salute, in attuazione della legge 376/2000, il funzionamento della Commissione stessa e delle sue attività è stato finanziato, a partire dall'anno 2004, con i fondi previsti nei capitoli di spesa 3170 e 3171. Ciò a seguito della modifica, introdotta dall'art. 3, comma 45 della Legge finanziaria 2004, all'art. 10 della legge 376/2000, che prevede che gli oneri per la realizzazione delle attività di cui all'art. 3 e 4 sono posti a carico del Bilancio dello Stato per un ammontare annuo nel limite di 3,5 milioni di euro e precisamente: cap. 3170 per una competenza pari ad Euro 2.325.000.00 e cap. 3171 per una competenza pari ad Euro 1.175.000.00.

Con i fondi previsti dalla Legge di Bilancio 2005 ed assegnati al Capitolo 3170 la Commissione, che nel corso del 2005 si è riunita 21 volte, ha provveduto a dare attuazione a quanto previsto dall'art. 3 della Legge 376 ed in particolare:

- ha dato avvio ad un programma di ricerca scientifica, destinando fondi pari a 1.500.000 euro, allo scopo di: approfondire la conoscenza degli effetti fisiologici, tossici e dei danni apportati all'organismo dall'uso di farmaci, sostanze e pratiche mediche vietate per doping; sviluppare metodi di indagine per evidenziare l'abuso di sostanze vietate per doping e di altre sostanze biologicamente attive in grado di influenzare la performance sportiva; effettuare studi farmacoepidemiologici sull'uso di farmaci vietati e non vietati per doping nei praticanti attività sportiva sia a livello agonistico che amatoriale. Il bando di ricerca era destinato alle Università, al Consiglio nazionale delle ricerche, alle Strutture del SSN o accreditate con lo stesso, all'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, alle Agenzie Regionali Prevenzione e Ambiente, all'Istituto Superiore di Sanità, agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati, al CONI ed alle Regioni e Province Autonome.
- ha dato avvio ad un programma di formazione, destinando fondi pari a 1.240.000 euro, con la collaborazione dell'Istituto superiore di sanità, per il raggiungimento dei seguenti obiettivi: prevenire il fenomeno del doping, tutelando la salute dei praticanti le attività sportive, mediante la promozione di campagne informative/formative ed organizzazione di convegni indirizzati principalmente agli operatori del settore: istituzioni universitarie, scolastiche, CONI, Enti del Servizio sanitario nazionale, Federazioni sportive nazionali, Leghe nazionali, Discipline associate ed Enti di Promozione sportiva; aggiornare i medici specialisti in medicina dello sport, i medici prelevatori, i medici specialisti pediatri di libera scelta ed i medici di medicina generale; informare i giovani, promuovendo stili di vita e valorizzando il ruolo sociale ed etico dello sport,

mediante la realizzazione di campagne attraverso i mass-media e con l'utilizzo di materiale informativo, cartaceo e multimediale.

La Commissione, al fine di dare attuazione alle competenze che l'art. 4 della legge le affida, con i fondi assegnati al cap. 3171 con la legge di bilancio 2005, ha provveduto a stipulare con la Federazione Medico Sportiva Italiana, titolare dell'unico Laboratorio antidoping accreditato a livello internazionale, una convenzione per l'effettuazione dei controlli antidoping. A tale attività sono stati destinati 900.000 euro per l'effettuazione sia dell'attività di analisi sia per l'attività di prelievo e trasporto dei campioni biologici. Nel corso del 2005 sono stati effettuati 1875 controlli antidoping a sorpresa, in gara e fuori gara. Sono risultate 37 positività ai test, segnalate alle Autorità Giudiziarie ordinarie e sportive. Ha provveduto altresì a finanziare una specifica ricerca con il Laboratorio antidoping, come previsto dal citato art. 4, avente ad oggetto la: *Definizione dei limiti di interpretabilità del dato di laboratorio nei controlli antidoping, markers di esposizione e markers di effetto.*

Gli altri Enti sui cui la Direzione Generale esercita un'attività di indirizzo, controllo e vigilanza sono: **Croce Rossa Italiana, Lega Italiana Lotta contro i Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Istituto Superiore di Sanità e Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro.**

L'Associazione italiana della Croce Rossa, con sede in Roma, è un ente di diritto pubblico ai sensi della legge 20 novembre 1995, n. 490. L'ente è posto sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica ed è assoggettato alla vigilanza del Ministero.

Recentemente è stato approvato con D.P.C.M. 6 maggio 2005, n. 97 il nuovo statuto dell'ente i cui compiti, di rilevanza nazionale ed internazionale, sono espressamente individuati dall'art. 2. Il nuovo statuto, inoltre, ha previsto una nuova struttura centrale e periferica dell'ente di che trattasi. Si segnala, altresì, che, a seguito delle elezioni svoltesi nell'anno 2005, sono stati ricostituiti gli organi ordinari dell'ente sia a livello centrale che dei comitati periferici.

La C.R.I. ha svolto nel corso dell'anno 2005, come negli anni precedenti e quello in corso, un ruolo chiave nell'ambito del S.S.N., così come gli altri sopracitati.

L'ente ha sviluppato una funzione sinergica e complementare al S.S.N. nei settori della formazione della persona, dei servizi sanitari di emergenza.

Nell'ambito dei servizi socio-sanitari la C.R.I. è stata impegnata in molteplici settori: centri di educazione motoria, centri di riabilitazione polifunzionale, ambulatori specialistici, assistenza sanitaria nei centri di permanenza temporanea, pronto soccorso aeroportuale, servizi di screening oncologico, attività trasfusionali.

La **Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori** è l'unico ente pubblico, in Italia, che svolge attività nei settori della prevenzione, diagnosi precoce, assistenza, riabilitazione, educazione sanitaria e ricerca.

E' presente, come la C.R.I., su tutto il territorio nazionale con i suoi organismi periferici e con circa 400 ambulatori che svolgono essenzialmente attività di prevenzione in proprio e / o in collaborazione con le ASL, gli IRCCS, le aziende ospedaliere e altri enti.

La prevenzione, primaria e secondaria, è da sempre uno dei compiti prioritari dell'ente e lo strumento di cui si avvale è rappresentato dall'informazione e dall'educazione sanitaria.

Le visite eseguite nei propri ambulatori, fissi e mobili, hanno lo scopo di diffondere nella popolazione la cultura della prevenzione e di ridurre i tempi di attesa per esami diagnostici da eseguire presso strutture ospedaliere con la conseguente riduzione delle liste di attesa.

L'ambiente privilegiato per l'espletamento delle attività è quello scolastico in quanto permette di coinvolgere un gran numero di soggetti (studenti, genitori, insegnanti) e quello dei luoghi di lavoro (mediante di stipula di convenzioni con aziende pubbliche e private).

La L.I.L.T. svolge un compito rilevante nel settore della formazione e dell'aggiornamento professionale tanto è vero che è stata accreditata quale ente accreditatore di crediti formativi e anche come provider di eventi formativi dalla Commissione nazionale per la formazione continua di questo Ministero.

Lo statuto approvato con Decreto del Ministro della Salute del 16 gennaio 2006 individua all'art.2 gli scopi e l'attività dell'Ente.

L'**Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali** è un ente pubblico istituito con il decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266. Essa svolge essenzialmente compiti di collaborazione nei confronti delle Regioni e Province Autonome in materia sanitaria, anche a supporto delle loro iniziative di autocoordinamento, nonché compiti di rilevazione, analisi, valutazione, proposte in materia di organizzazione dei servizi, innovazione e sperimentazione di nuovi modelli gestionali, di qualità e costi dell'assistenza. I compiti ad essa assegnati sono stabiliti dall'art. 1 del decreto del Ministro della Sanità 22 febbraio 1994, n. 233 e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Particolare attenzione l'ente ha posto nella predisposizione di linee guida in materia sanitaria e socio-sanitaria.

Diversi compiti consultivi e di collaborazione con questo Ministero e con le regioni sono svolti dall'Agenzia nell'ambito del S.S.N. e della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, in virtù delle disposizioni contenute nel decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, di riorganizzazione del S.S.N..

L'Istituto Italiano di Medicina Sociale è un Ente pubblico di ricerca e formazione preposto allo studio degli aspetti medico-sociali del lavoro umano, individua idonei e innovativi strumenti di prevenzione, predispone modelli organizzativi dei servizi socio-sanitari, contribuendo ad elaborare le politiche sociali e sanitarie del Paese. È dotato di autonomia scientifica, organizzativa, amministrativa e contabile ed è vigilato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali d'intesa con il Ministero della Salute. Lo Statuto dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale, approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 31 maggio 2001 definisce all'art.1 la natura e le funzioni dell'ente. L'Istituto Superiore di Sanità e l'Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro sono enti pubblici non economici ai sensi rispettivamente del D.P.R. n. 70/2001 e del D.P.R. n. 203/2002 che operano nel campo della ricerca sanitaria.

La Direzione Generale della Ricerca esercita il potere di vigilanza ministeriale sulle molteplici attività e funzioni sia in materia di ricerca che in ordine ai numerosi compiti istituzionali di detti Istituti.

Per quanto concerne l'Istituto Superiore di Sanità, la legge n. 266/2005 (finanziaria 2006) ha previsto un finanziamento a carico del bilancio dello Stato pari a Euro 96.354.937,00.

La maggior parte di tale finanziamento verrà ripartito in quattro trimestri e, al momento, i primi due decreti di impegno di € 21.520.000,00 che gravano sul capitolo n. 3443 - art. 01 "Fondo occorrente per il funzionamento dell'Istituto Superiore di Sanità", sono in corso di erogazione da parte dell'Ufficio Centrale del Bilancio.

A favore dell'Istituto Superiore di Sanità, anche per gli anni 2006 e 2007, saranno erogate, altresì, la somma di Euro 154.937,00 in attuazione dell'art. 11 della Legge 40/2004, concernente la procreazione medicalmente assistita (cap. 3446) e la somma di Euro 8.000.000,00, relativa al cap. 3445-art.01 "Somme occorrenti all'Istituto Superiore di Sanità per fare fronte, con i propri dipendenti, ai compiti inerenti il coordinamento dell'attività di ricerca per la tutela della salute pubblica, la sorveglianza dei fattori critici che incidono sulla salute, nonché la gestione dei registri nazionali".

Per quanto attiene, poi, all'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro è stata intensificata l'attività ministeriale di vigilanza, tenuto conto dell'attuale situazione gestionale dell'Ente, determinatasi a seguito dell'entrata in vigore del D.P.R. n° 303/2002, che all'art. 13, comma 1°, prevede espressamente l'emanazione da parte di quest'ultimo di una serie di Regolamenti che disciplinano, in buona sostanza, tutte le attività istituzionali dell'Ente medesimo.

Il maggior numero di tali Regolamenti sono stati già adottati dall'Ente e stanno per essere approvati da parte dei Ministeri vigilanti con gli appositi previsti Decreti Interministeriali.

In questa fase di avvio della riorganizzazione strutturale e del decollo delle attività istituzionali dell'I.S.P.E.S.L. il finanziamento di queste ultime è puntuale e costante in stretta osservanza delle attuali disposizioni di legge, come, altrettanto puntuale e costante, è la vigilanza ministeriale, che si avvale del continuo controllo operato dal Collegio dei Revisori dei conti, attraverso la periodica redazione dei verbali, attinente alle problematiche connesse alla gestione dell'Istituto.

Come per l'I.S.S., anche il finanziamento dell'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro, disposto dalla legge n° 266/2005 (finanziaria 2006) pari a complessivi Euro 64.680.000,00, sia per l'anno 2006 che per l'anno 2007, a carico del bilancio dello Stato, verrà ripartito con cadenza trimestrale.

6. INDIRIZZI PER IL FUTURO E CONCLUSIONI

Lo stato sanitario dell'Italia, illustrato in questa Relazione, presenta molti aspetti soddisfacenti.

In particolare, se si considera la risposta del Paese ad iniziative di tipo preventivo, che cominciano a dare i loro frutti, si può ben sperare per l'andamento epidemiologico di alcune patologie. Ad esempio, si osserva una diminuzione costante del fumo di tabacco (noto fattore di rischio per molte patologie di tipo respiratorio, cardiovascolare e oncologico), una riduzione progressiva della mortalità per tumore (merito delle campagne di screening e delle diagnosi fatte più precocemente, che permettono interventi terapeutici più efficaci), una diminuzione dei casi notificati di AIDS e dei relativi decessi.

Tuttavia, vi sono ancora delle aree che possono essere migliorate: le malattie respiratorie croniche sono tuttora un problema diffuso, il consumo di alcol rimane piuttosto elevato, soprattutto nelle fasce di età più giovani, il diabete e l'obesità hanno una diffusione preoccupante, specialmente per le possibili complicazioni future.

Inoltre, vi sono fenomeni epidemiologici ai quali prestare grande attenzione, come la crescente presenza di anziani, che da un lato dimostra la qualità sostanzialmente buona del nostro sistema sanitario, ma che dall'altro può destare qualche preoccupazione per le patologie correlate all'età avanzata e per i relativi problemi di assistenza socio-sanitaria. Contemporaneamente, si osservano elementi di criticità per quanto riguarda i dati sull'immigrazione da Paesi extra-europei.

Un quadro complesso e articolato, dunque, che presenta molti motivi di ottimismo ma che indica anche la necessità di nuovi interventi di programmazione sanitaria.

In questa cornice, ben si inquadrano molte iniziative che il Ministero della Salute ha in parte già intrapreso ed altre che intende promuovere in futuro.

Il New Deal

Il Ministro Livia Turco, nella presentazione del New Deal per la sanità italiana, tenutasi in giugno 2006, ha proposto nove “parole chiave” che devono essere alla base di un piano d’azione interministeriale per la salute:

1. **La fiducia:** ricreare il rapporto di fiducia tra i cittadini ed il sistema sanitario.
2. **La qualità:** il principio trasversale che deve ispirare ogni atto sanitario ma anche ogni procedura gestionale ed amministrativa.
3. **L’umanizzazione:** rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali aperti, sicuri e senza dolore.
4. **L’unitarietà del sistema:** promuovere diritti esigibili su tutto il territorio nazionale, superando le attuali disuguaglianze.
5. **La responsabilità:** che riguarda tutti gli attori, a partire dal medico fino al cittadino e al soggetto pubblico e implica che occorre fare tutto il possibile perché la malattia sia evitata (“il dovere di non ammalarsi”).
6. **La legalità:** deve tornare ad essere un principio guida universale di tutto il sistema.
7. **La cultura dei risultati:** introdurre strumenti di valutazione e misurazione di ciò che si garantisce ai cittadini in termini di esiti e di risultati di salute.
8. **La politica delle alleanze:** coinvolgere, con le Istituzioni pubbliche, le professioni mediche e sanitarie, le associazioni ed il volontariato, i cittadini, gli attori economici e sociali.
9. **L’Europa e il Mondo:** costruire una politica di relazioni, costituendo una presenza costante e qualificata dell’Italia nelle sedi europee e nelle organizzazioni di cooperazione internazionale.

Il New Deal considera anche le grandi criticità, quali i tempi di attesa, l’autosufficienza del Mezzogiorno, le carenze e le disuguaglianze nell’oncologia, ma indica anche molte possibili soluzioni.

Il documento, infine, ribadisce con decisione la necessità di “quattro sicurezze” che devono essere garantite: la sicurezza delle cure; la sicurezza nei luoghi di lavoro e nell’ambiente domestico; la sicurezza ambientale; la sicurezza alimentare.

Il Patto per la Salute

In settembre 2006 è stato definito tra Governo e Regioni un nuovo Patto per la Salute, che si compone di un aspetto finanziario e di un accordo normativo e programmatico, e che prevede riforme e più efficienza per servizi migliori. L’obiettivo è quello di offrire più risorse, più servizi, più efficienza e insieme combattere gli sprechi.

Le iniziative che si intendono sviluppare comprendono più servizi per la salute della donna e del bambino; più fondi per sviluppare una rete di assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti e i malati cronici; più risorse e servizi per incrementare gli screening per le malattie più importanti, a partire dal cancro (soprattutto al Sud, dove la prevenzione è ancora un’eccezione); più risorse per la ricerca, per creare finalmente una “rete di cervelli italiani”; investimenti nelle regioni meridionali per aprire nuove radioterapie oncologiche pubbliche; più fondi per la ricerca di cure per le malattie rare e più risorse per l’assistenza ai malati e alle loro famiglie; una lotta decisa contro la malasana e chi danneggia il sistema sanitario e, di conseguenza, il cittadino; una forte promozione delle cure prestate dai medici di famiglia e dai pediatri, anche attraverso l’iniziativa della Casa della Salute; la responsabilizzazione del cittadino e la sua partecipazione alla spesa sanitaria, per migliorare l’efficienza dei servizi e per garantire il diritto alle cure per tutti.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007

La crescente incidenza delle patologie croniche e delle loro complicanze, in larga misura prevenibili, ha fatto nascere l’esigenza di definire un Piano Nazionale della Prevenzione, tenendo conto anche del peso finanziario di queste patologie, a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Gli interventi di prevenzione primaria e secondaria e gli interventi di educazione e promozione della salute sono effettuati in Italia con modalità diverse da regione a regione.

Si è reso, pertanto, necessario stabilire un coordinamento per conseguire obiettivi di salute uniformi in tutto il Paese, in modo che tutti i cittadini possano accedere ai servizi di diagnosi precoce e prevenzione.

Il coordinamento del Piano Nazionale della Prevenzione è affidato al Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) che ha, tra i compiti istitutivi, quello di coordinare con le regioni i piani di sorveglianza e la prevenzione attiva.

Gli ambiti del Piano Nazionale della Prevenzione, che avrà durata triennale per permettere la messa a regime degli interventi, sono:

- la prevenzione della patologia cardiovascolare, a sua volta suddivisa in:
 - diffusione della carta del rischio
 - prevenzione dell’obesità
 - prevenzione delle complicanze del diabete
 - prevenzione delle recidive
- lo screening dei tumori

- la prevenzione degli incidenti
- il piano delle vaccinazioni.

Sul Piano Nazionale della Prevenzione, che è partito nel 2005, si concentrano risorse pari a 240 milioni di euro, che le Regioni accettano di vincolare sulla quota del riparto CIPE destinata agli obiettivi specifici del Piano Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 34, della legge 27 dicembre 1992, n. 662. Tale quota corrisponde al 25% della quota delle risorse spettante a ciascuna Regione per il raggiungimento degli obiettivi del piano. Oltre a tali risorse le Regioni condividono di mettere a disposizione risorse ulteriori per un ammontare di 200 milioni di euro, attingendo alla quota indistinta della delibera CIPE per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007.

Il Progetto nazionale per le cure sicure

Il numero di infezioni ospedaliere in Italia appare da anni in linea con i dati registrati negli altri Paesi europei con un'incidenza media tra il 4,5 e il 7% dei ricoveri (pari a circa 450.000/700.000 casi, con una mortalità dell'1%) a fronte del 3,6% della Germania e del 13% della Svizzera.

Il 30% delle infezioni ospedaliere è facilmente evitabile con l'adozione di semplici regole igieniche che vanno dal lavaggio delle mani al rispetto di norme per la cura delle ferite e la pulizia del paziente durante l'assistenza. Mentre il restante 70% delle infezioni è legato alle condizioni cliniche del paziente e alla sempre maggiore incidenza di batteri resistenti agli antibiotici, fattore per cui sono stati messi a punto dall'Istituto Superiore di Sanità appositi strumenti di controllo dell'antibiotico-resistenza, presente soprattutto in alcuni ceppi di batteri quali lo *Pseudomonas aeruginosa*, lo *Stafilococcus aureus*, l'*Enterobacter*, lo *Stenotrophomonas maltophilia* e l'*Acinetobacter*.

Al fine di ottimizzare gli interventi per contrastare in modo particolare le infezioni ospedaliere prevenibili, in ottobre 2006 è stato attivato dal CCM il "Progetto nazionale per le cure sicure", varato in accordo con le Regioni dal Ministero della Salute e attivo attualmente in 14 Regioni in attesa di estenderlo in tutta Italia.

Esso prevede:

- di sviluppare un sistema di segnalazione rapida di eventi sentinella ed epidemie;
- di sviluppare sistemi di monitoraggio delle infezioni associate alle diverse forme di assistenza sanitaria e socio-sanitaria residenziale e domiciliare e costruire un quadro epidemiologico delle infezioni associate all'assistenza sanitaria a livello nazionale;
- di definire requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni;
- di promuovere l'adesione di pratiche assistenziali basate su valide e convalidate conoscenze scientifiche ("evidence-based") attraverso:
 - a) la diffusione di Linee Guida;
 - b) la definizione di programmi formativi per il personale addetto al controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.
- di realizzare programmi di comunicazione e gestione del rischio relativamente alle infezioni in strutture sanitarie e socio-sanitarie e nei programmi di assistenza domiciliare.

Il progetto rientra nel programma dell'Organizzazione mondiale della sanità "Sfida alla salute globale del paziente" (GPSC - "Global Patient Safety Challenge"), che riguarda l'impegno a garantire la salute del paziente attraverso il controllo delle infezioni ospedaliere, a partire dalla semplice pratica del lavaggio delle mani.

Nell'ambito del progetto sono stati diffusi alcuni manifesti con le regole per il lavaggio delle mani, un semplice gesto che può salvare migliaia di vite.

Il Ministero della Salute e le Regioni, in conclusione, si stanno impegnando fortemente per la qualità del sistema, per l'appropriatezza delle prestazioni, per un controllo rigoroso dei costi, per il rilancio decisivo degli investimenti. In sostanza, per una Sanità che sia sempre dalla parte dei cittadini.

AUTORI**Comitato Editoriale**

Licia Bacciocchi (Dipartimento Prevenzione e Comunicazione)
Walter Bergamaschi (Direttore Generale, DG del Sistema Informativo)
Fiorella Carpinelli (DG della Comunicazione e Relazioni Istituzionali)
Antonella Clementi (Ufficio Stampa)
Alfredo D'Ari (DG della Comunicazione e Relazioni Istituzionali)
Cesare Fassari (Capo Ufficio Stampa e Portavoce del Ministro della Salute)
Annunziatella Gasparini (Ufficio Stampa)
Rodolfo Gianani (Dipartimento della Qualità)
Donato Greco (Capo Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione)
Marco Ianniello (Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza degli alimenti)
Stefano Inglese (Consigliere del Ministro della Salute)
Lucia Lispi (DG della Programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema)
Claudio Mastrocola (Capo Dipartimento della Qualità)
Filippo Palumbo (Direttore Generale, DG della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema)
Vittorio Silano (Capo Dipartimento dell'Innovazione)
Luciano Vittozzi (Dipartimento dell'Innovazione)

Comitato di Redazione

Massimo Aquili (DG della Comunicazione e Relazioni Istituzionali)
Licia Bacciocchi (Dipartimento Prevenzione e Comunicazione)
Fiorella Carpinelli (DG della Comunicazione e Relazioni Istituzionali)
Antonella Clementi (Ufficio Stampa)
Annunziatella Gasparini (Ufficio Stampa)
Lucia Lispi (DG della Programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema)
Tiziana Serraino (Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza degli alimenti)
Lorenzo Spizzichino (DG della Prevenzione Sanitaria)
Cristina Tamburini (DG del Sistema Informativo)

Autori dei contributi specifici

Antonio Addis	Valeria Di Giorgi Gerevini	Alessandro Nanni Costa
Silvia Arcà	Fiorenza D'Ippolito	Elisabetta Neri
Licia Bacciocchi	Guido Ditta	Alice Ottaviani
Rosaria Boldrini	Antonio Fasanella	Bastiana Pala
Paola Cacciatore	Paolo Failla Giacomobono	Francesco Pallone
Gerardo Califano	Valentina Fossa	Antonio Parisi
Bruno Campione	Daniela Galeone	Paola Picotto
Bianca Canesi	Alessandro Ghirardini	Ornella Pinto
Pietro Canuzzi	Mario Giaccio	Maria Grazia Privitera
Anna Caraglia	Simona Giampaoli	Roberto Raschetti
Rosetta Cardone	Massimo Giannone	Francesca Rocchi
Fiorella Carpinelli	Lucia Guidarelli	Giuseppe Rocco
Carla Ceccolini	Marija Korać	Donato Scolozzi
Susanna Ciampalini	Giuseppe La Torre	Claudio Seraschi
Massimiliano Claar	Gianni Leardini	Laura Sottosanti
Maria Elena Congiu	Daniela Lega	Lorenzo Spizzichino
Antonio Consolino	Raffaello Lena	Isabella Sturvi
Felice Cosentino	Giorgio Leomporra	Maria Rita Tamburini
Paola D'Alessandro	Maria Linetti	Domenica Taruscio
Stefania D'Amato	Lucia Lispi	Sara Terenzi
Loreta De Carolis	Marina Maggini	Roberta Tittarelli
Roberto D'Elia	Natalia Magliocchetti	Francesco Usai
Claudio De Giuli	Carlo Mamo	Rossana Valentini
Annamaria De Martino	Tonmasina Mancuso	Nicola Vanacore
Alberto De Negri	Andrea Maroni Ponti	Stefania Vasselli
Miriam Di Cesare	Federica Medici	Mauro Venegoni
Maria Paola Di Martino	Maria Teresa Menzano	Erica Villa
Cassiano De Salazar	Giorgio Minoli	Letizia Zanetti
Teresa Di Fiandra	Emanuele Marco Mongiovi	

**Ministero della Salute
Direzione Generale del Sistema Informativo
Via Giorgio Ribotta, 5
00144 Roma**

La presente Relazione è interamente riportata sul portale del Ministero della Salute
<http://www.ministerosalute.it/>

Versione finale: febbraio 2008