

SALUTE PUBBLICA E PREVENZIONE: RUOLO CHIAVE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

*Carla Ancona, Lucia Bisceglia,
Marco Geddes da Filicaia, Mauro Valiani*

“La salute non inizia nelle cliniche o negli ospedali, così come la giustizia non inizia nei tribunali o la pace non inizia sul campo di battaglia. Piuttosto, la salute inizia dalle condizioni in cui nasciamo e cresciamo, e nelle scuole, nelle strade, nei luoghi di lavoro, nelle case, nei mercati, nelle fonti d'acqua, nelle cucine e nell'aria stessa che respiriamo”.¹

Tedros Adhanom Ghebreyesus

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	3
1.1 La sostenibilità del SSN connessa alla prevenzione e al conseguente incremento di anni in buona salute.	3
1.2 Una riflessione sulla sostenibilità ambientale del Servizio Sanitario Nazionale	4
2. LA STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO E REVISIONE DEL SISTEMA DI GARANZIA.....	7
3. UN'AGENDA NAZIONALE PER LA SALUTE E L'AMBIENTE: PREVENZIONE, ADATTAMENTO E CO-BENEFICI INTERSETTORIALI	12
3.1 Importanza di strategie di cobenefici.....	15
3.2 Tutela ambientale e sviluppo economico	16
3.3 Un appello alla responsabilità condivisa.....	17
4. IL FINANZIAMENTO DEL SSN PER LA PREVENZIONE E IL TEMA DELLA FORMAZIONE	18
5. LE STRUTTURE E I SERVIZI PUBBLICI DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA E DELLA TUTELA AMBIENTALE	23
6. LA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO	25
7. I DETERMINANTI COMMERCIALI E LE STRATEGIE DI INTERVENTO	28
7.1 Tabacco	29
7.2 Alcol	30
7.3 Cibo spazzatura.....	31
8. LE ATTIVITA' DI SCREENING	34
8.1 Screening oncologici	35
9. PRINCIPI FONDAMENTALI PER LA PREDISPOSIZIONE DI UN NUOVO PIANO DI PREVENZIONE 2026 - 2030	38
BIBLIOGRAFIA.....	40

1. INTRODUZIONE

I sistemi sanitari riflettono i cambiamenti intervenuti nella società e nel mondo produttivo e rispecchiano i valori e la cultura alla base delle scelte di welfare di ciascun paese. Il crollo della prevenzione primaria è l'inevitabile conseguenza di tali scelte: esigui investimenti e una miope prevalenza ideologica che privilegia 'la prestazione' all'analisi e rimozione delle cause delle malattie.

Il Position paper non ha l'obiettivo - è evidente - di affrontare tutti gli aspetti concernenti la prevenzione, cosa che comporterebbe un'analisi delle politiche pubbliche nazionali e internazionali in riferimento ai determinanti di salute²; un approccio proprio di un trattato. Non sono affrontati argomenti di assoluta rilevanza come, ad esempio, l'antimicrobicoresistenza e i piani pandemici, che richiederebbero trattazioni specifiche. Le tematiche che abbiamo individuato per il Pp, e che proponiamo al confronto in questo Seminario, sono riferite alle funzioni e all'ambito di attività del Ssn, individuando priorità e possibili concrete iniziative.

Riteniamo pertanto richiamare all'attenzione del lettore, e porre al centro del dibattito in sede di presentazione, la necessità di un approccio One Health³, una valutazione delle politiche climatiche e i co-benefici⁴, per più motivi: il riconoscimento dei determinanti esterni al Servizio sanitario nazionale non deve diventare un alibi per non agire efficacemente sulla prevenzione; i professionisti sanitari, per la loro consapevolezza e la loro conseguente responsabilità, sono investiti di un compito di valutazione e monitoraggio sui determinanti di salute e a farsi promotori - attraverso un'attività di advocacy informata - di interventi che migliorino le condizioni ambientali, sociali e sanitarie complessive.

1.1 La sostenibilità del SSN connessa alla prevenzione e al conseguente incremento di anni in buona salute.

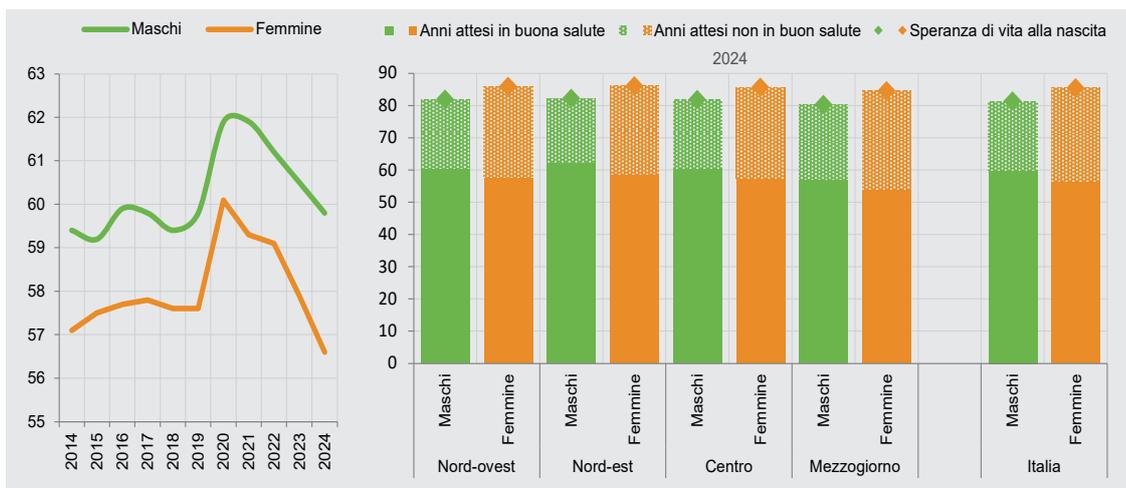
I sistemi sanitari sono destinati ad assorbire progressivamente una più elevata quota del Prodotto interno lordo, come evidenzia sia l'incremento complessivo della spesa per la sanità in questi anni nella maggior parte dei paesi, sia le proiezioni effettuate da parte di organismi internazionali. L'Ocse nel 2019 aveva previsto una crescita della spesa sanitaria pro capite in area Ocse a un tasso medio annuo del 2,7% per il periodo 2015-2030 nello scenario base (a prezzi costanti, tenendo conto degli effetti inflazionistici). Nei quindici anni l'incremento complessivo stimato ammontava a 10.2 % e per l'Italia al 9.7%⁵. A seguito della pandemia Covid 19 si è assistito a un generale incremento della spesa sanitaria, ma attualmente, come attesta un più recente documento "la traiettoria complessiva della spesa sanitaria è tornata vicina al trend pre-pandemico. Questa cifra è tuttavia inferiore alla spesa aggiuntiva stimata necessaria per rendere i sistemi sanitari più preparati alla prossima crisi e alle pressioni a lungo termine, come l'invecchiamento della popolazione"⁶.

L'Italia appare in realtà particolarmente esposta a tale pressione per l'invecchiamento della popolazione. Ha, infatti, una elevata speranza di vita: negli uomini 81,4 nel 2023, inferiore solo a quella del Lussemburgo (81,7), Paesi Bassi (81,6) e Svezia (81,5); nelle donne 85,4, inferiore solo alla Grecia (86,2) e la Francia (85,5), oltre a due paesi di area europea: Liechtenstein (86,9) e Svizzera (86,0)⁷. D'altro canto, la bassa natalità comporta che, nel 2050, le persone di 65 anni e più potrebbero rappresentare in Italia il 34,5% del

totale e una significativa crescita è attesa anche per la popolazione di 85 anni e più, quella all'interno della quale si concentrerà una più importante quota di individui fragili.⁸

A fronte di una elevata attesa di vita in Italia, la speranza di vita in buona salute alla nascita, nel 2024, è stimata a 59,8 per gli uomini e a 56,6 per le donne, con una diminuzione rispetto al 2023 di un anno di vita in buona salute (-0,7 per gli uomini e -1,3 per le donne). Si evidenziano inoltre rilevanti disuguaglianze territoriali: le persone che vivono nel Sud e nelle Isole hanno una attesa di vita in buona salute di 55,3 e 56,0, a fronte del 60,6 e 59,0 rispettivamente mentre nel Nord-est e Nord-ovest⁹.

Figura 1. Speranza di vita in buona salute alla nascita per sesso (sinistra) e ripartizione geografica e sesso (destra). Anni 2014-2024 (in anni) (a)



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione residente e Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana
(a) Il dato relativo al 2024 è una stima provvisoria.

Come è noto, la popolazione anziana non in buona salute costituisce la fascia di popolazione con i maggiori consumi sanitari, sia in termini di farmaci che di prestazioni ambulatoriali e di ricoveri ospedalieri. Un obiettivo fondamentale è pertanto rappresentato, anche sotto il profilo della sostenibilità del servizio sanitario, non solo dall'aumento dell'aspettativa di vita, ma dell'aspettativa di vita sana, in particolare per le persone che presentano una elevata disuguaglianza rispetto a tale fondamentale parametro.

Gli interventi preventivi hanno tale finalità e, come dimostrano ampie revisioni della letteratura, se effettuati sia a livello locale che nazionale "...consentono un notevole risparmio sui costi. I tagli ai bilanci della sanità pubblica nei paesi ad alto reddito rappresentano quindi un falso risparmio e probabilmente genereranno costi aggiuntivi per i servizi sanitari e l'economia in generale"¹⁰.

1.2 Una riflessione sulla sostenibilità ambientale del Servizio Sanitario Nazionale

Trattando di sostenibilità è necessario una, seppure breve, riflessione sul fatto che le strutture sanitarie hanno un impatto ambientale rilevante, dovuto principalmente all'elevato consumo di energia, all'uso intensivo di risorse idriche e materiali, e alla consistente produzione di rifiuti. Gli ospedali, in particolare, richiedono in media fino a tre volte più energia rispetto a un edificio commerciale tradizionale, a causa della loro intensa operatività e della necessità di garantire standard igienico-sanitari rigorosi¹¹. I

principali assorbimenti energetici derivano da sistemi di riscaldamento, raffreddamento, ventilazione, illuminazione e dal funzionamento continuo di apparecchiature medicali ad alta tecnologia.

In Italia, il SSN non dispone ancora di una strategia nazionale completa per la sostenibilità sanitaria, analoga a quella del National Health Service (NHS) inglese che è stato il primo sistema sanitario nazionale a impegnarsi a raggiungere emissioni nette zero di carbonio entro il 2040. Questo impegno si traduce nell'adozione di Green Plans da parte dei trust ospedalieri, che delineano strategie per ridurre l'impatto ambientale attraverso l'efficienza energetica, la gestione dei rifiuti e l'uso di energie rinnovabili. In Italia, la Strategia Nazionale per lo Sviluppo Sostenibile (SNSvS) integra i principi dell'Agenda 2030 nel contesto nazionale, promuovendo politiche per la sostenibilità ambientale¹².

A livello regionale iniziative come il Protocollo d'Intesa della Toscana (2023)¹³ e il programma Nuova Energia per il Welfare in Lombardia (2022)¹⁴ promuovono efficienza energetica, uso di fonti rinnovabili, riduzione dei rifiuti e gestione digitale dei consumi, con obiettivi di taglio dei consumi e delle emissioni entro il 2030. Nel 2020 è stata lanciata anche l'iniziativa Ospedali Verdi, promossa da alcune Regioni e da enti del terzo settore, per incentivare l'adozione di criteri ambientali minimi (CAM) nella progettazione e nella gestione delle strutture sanitarie, in linea con il Green Deal europeo. L'ospedale Meyer di Firenze è stata la prima struttura in Italia ad aggiudicarsi il primato nel campo dell'efficienza energetica e della sostenibilità ambientale, introducendo sistemi avanzati di ventilazione, climatizzazione e illuminazione per ridurre al minimo i consumi energetici e creare un migliore equilibrio termico all'interno.

Il settore sanitario genera un'enorme quantità di rifiuti, stimata nel 2023 a poco più di 246 mila tonnellate, di cui quasi 29 mila tonnellate di rifiuti sanitari non pericolosi ed oltre 217 mila tonnellate di rifiuti sanitari pericolosi¹⁵. I rifiuti sanitari includono dispositivi monouso, materiali contaminati, medicinali scaduti, oggetti taglienti e rifiuti radioattivi. Si stima che una struttura sanitaria in un paese sviluppato produca tra 400 e 1200 litri di acque reflue al giorno per posto letto. Oltre ai residui di farmaci, queste acque contengono anestetici, detergenti, liquidi di contrasto, metalli pesanti come il platino usato nelle chemioterapie, mercurio, terre rare e mezzi iodati per la diagnostica a raggi X. Per questo, la tossicità degli scarichi ospedalieri risulta dalle cinque alle quindici volte superiore rispetto a quella delle acque reflue urbane. In Europa si contano circa 2,6 ospedali ogni 10 000 abitanti, con una media di 530 posti letto per struttura e uno scarico compreso tra 0,3 e 0,7 m³ di acque reflue per letto al giorno¹⁶.

Molti progetti europei finalizzati alla trasformazione degli ospedali in strutture sostenibili si concentrano su sperimentazioni dedicate alla raccolta differenziata di carta e plastica. Ecoquip¹⁷, mette insieme diversi paesi tra cui l'Italia, che partecipa con il Sant'Orsola di Bologna. Lo scopo è quello di chiedere ai diversi stakeholder dei territori quali soluzioni potrebbero essere implementate per raggiungere gli obiettivi, come per esempio quello di ridurre la quantità di plastica nelle sale operatorie. Anche il programma Horizon Europe ha diverse linee di finanziamento sulla "sustainable healthcare", e sostiene progetti sulla riprogettazione dei luoghi di cura. Tuttavia, mentre nei paesi nordici si procede già alla raccolta sistematica di dati e allo sviluppo di soluzioni avanzate — grazie al contributo significativo del Nordic Center for Sustainable Healthcare (NCSH)* in Italia

* Nordic Center for Sustainable Healthcare: rete transnazionale impegnata nel monitoraggio, nella promozione di best practice e nello sviluppo di soluzioni strutturate per la sanità sostenibile. Maggiori dettagli sono disponibili sul suo sito ufficiale: nordicshc.org

le evidenze quantitative sull'impatto ambientale delle attività sanitarie rimangono ancora limitate, con un quadro informativo frammentario.

Anche la produzione e l'uso di farmaci determinano un impatto negativo sul clima: una ricerca condotta dall'Università del Piemonte Orientale ha mostrato che l'utilizzo del desflurano, il cui impiego è stato vietato in Scozia, è responsabile del 90% delle emissioni attribuite agli anestetici alogenati in Italia: lo studio mostra anche una differenza nella quantità pro-capite di utilizzo fino a 25 volte tra le regioni italiane, evidenziando che sia quindi possibile ridurre l'impiego senza influenzare l'efficacia delle cure¹⁸.

La transizione ecologica del SSN richiede dunque investimenti mirati e una governance capace di integrare la sostenibilità nei criteri di qualità dell'assistenza. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), attraverso la Missione 6 "Salute"^{19†}, prevede risorse anche per la digitalizzazione e l'efficienza energetica delle strutture sanitarie. Tuttavia, per trasformare il sistema in un vero "SSN sostenibile", serve un approccio sistemico che coniughi tutela della salute, rispetto dell'ambiente e responsabilità sociale.

Buone pratiche

Uso razionale dei materiali monouso, la sostituzione di plastica con materiali biodegradabili, il recupero e la sterilizzazione di dispositivi riutilizzabili, la digitalizzazione dei processi (es. cartelle cliniche elettroniche) per ridurre il consumo di carta. È fondamentale anche formare il personale sanitario su pratiche di smaltimento corrette e sostenibili, e investire in tecnologie per la tracciabilità e la sterilizzazione sicura dei rifiuti.

Strategie aziendali per la sostenibilità ambientale

- Efficienza energetica e uso di energie rinnovabili: Implementazione di sistemi energeticamente efficienti e utilizzo di fonti rinnovabili per ridurre le emissioni di carbonio.
- Gestione dei rifiuti: Pratiche per minimizzare la produzione di rifiuti, promuovere il riciclo e ridurre l'uso di materiali pericolosi.
- Mobilità sostenibile: Iniziative per ridurre l'impatto ambientale dei trasporti associati alle attività sanitarie, come la promozione dell'uso di veicoli elettrici e il miglioramento dell'accessibilità ai servizi.
- Procurement verde: Adozione di politiche di approvvigionamento che privilegiano prodotti e servizi a basso impatto ambientale.

[†] PNRR – Missione 6 Salute. Italia Domani – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.
<https://italiadomani.gov.it>

2. LA STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO E REVISIONE DEL SISTEMA DI GARANZIA

La stratificazione del rischio, introdotta con il Piano Nazionale Cronicità nel 2016, rappresenta lo strumento attraverso cui si differenziano e si contestualizzano le strategie di intervento assistenziale in funzione dei bisogni di salute, classificando la popolazione in gruppi omogenei per rischio di decesso o complicanze.

Con il DM 77/2022 se ne definisce un'evoluzione, quale approccio strutturale per la programmazione non solo orientata alla migliore gestione e presa in carico delle patologie croniche, ma anche per la prevenzione primaria e secondaria delle malattie, il cui ambito di applicazione è collocato nella Sanità di Iniziativa. Sttori della Sanità di Iniziativa sono i Medici di Assistenza Primaria, nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), in collaborazione con gli Infermieri di Famiglia e di Comunità: per la parte relativa alla prevenzione, le attività devono essere in linea con gli indirizzi del Dipartimento di Prevenzione.

Per rendere pienamente concretamente operativi ed efficaci i principi espressi, occorre garantire i seguenti aspetti:

- modelli organizzativi e di governo dei processi;
- sistema Informativo della prevenzione;
- individuazione obiettivi di salute per sottogruppi di popolazione;
- definizione di un core di programmi di prevenzione di provata efficacia da garantire in modo omogeneo sul territorio nazionale;
- definizione di un sistema di valutazione dei processi e degli esiti associati.

Se nel primo Piano delle Cronicità la stratificazione del rischio era la base per orientare il paziente cronico nei percorsi assistenziali appropriati, con il DM 77/2022 diventa l'innescò dell'attivazione di interventi precoci anche di carattere preventivo. I contenuti delle attività preventive sono genericamente individuati come azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria, ma non vengono richiamati nel "progetto di salute": si legge che gli strumenti della sanità di iniziativa sono "la presa in carico precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia", l'educazione ai corretti stili di vita".

La Sorveglianza e Prevenzione delle Malattie Croniche, che include la promozione di stili di vita sani e gli screening oncologici, è una delle 7 aree di intervento dei LEA della prevenzione individuati nel DPCM del 2017: tra le prestazioni, si prevede la programmazione di interventi di sanità pubblica per la prevenzione, nonché - per specifici fattori di rischio (tabagismo, alcol, inattività fisica, alimentazione) - l'offerta di counseling sanitari da affiancare a programmi intersettoriali e ad attività di informazione e comunicazione.

Programmi di intervento per loro natura multidisciplinari meriterebbero una più accurata sistematizzazione in termini di governo e responsabilità dei processi: le attività di sanità pubblica affidate ai Dipartimenti di Prevenzione (vaccinazione, screening, ecc.) possono essere erogate nelle Case di Comunità, così come al Dipartimento di Prevenzione è riconosciuto un compito di indirizzo in materia di prevenzione; ma è al Distretto che compete il coordinamento funzionale dei servizi territoriali, tra cui le cure primarie, la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, e la

formulazione degli obiettivi di salute; la pur prevista integrazione funzionale tra dipartimenti di prevenzione e i distretti si gioverebbe certamente di una definizione operativa affinché sia effettivamente realizzata.

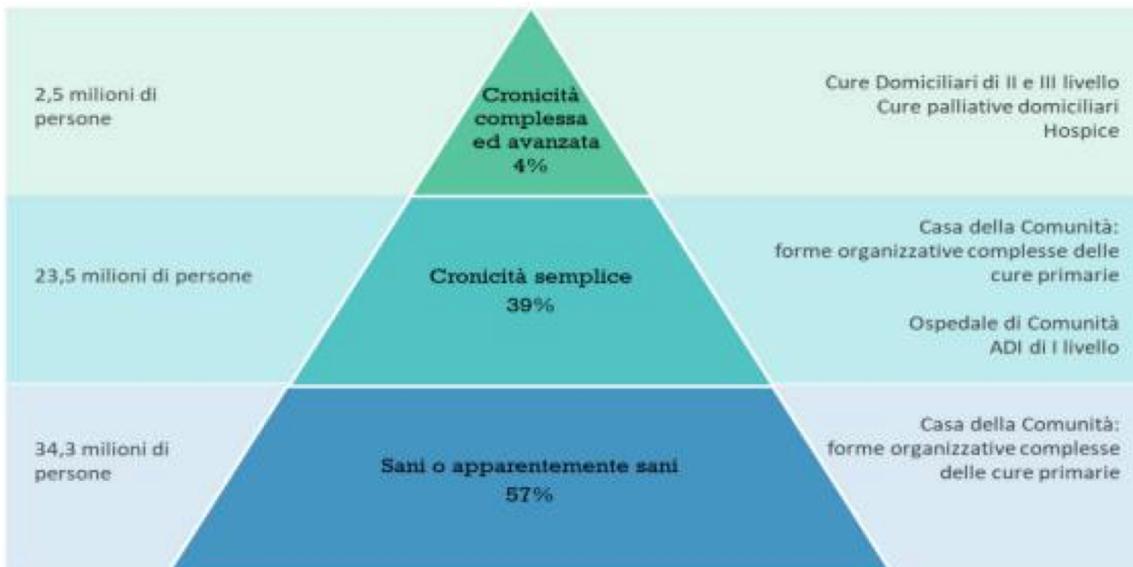
Quali competenze, quali strumenti, quali risorse informative deve - nel concreto - possedere ogni distretto per i compiti affidati, e in quali fasi si raccorda con il dipartimento di prevenzione per la stratificazione del rischio, la formulazione degli obiettivi di salute, il disegno degli interventi da erogare congiuntamente e la loro valutazione?

Quello che invece continua ad essere tracciato a livello individuale sono i “consumi sanitari”, ovvero l'erogazione di prestazioni, ai vari livelli di impegno assistenziale: la popolazione considerata “sana” è individuata per sottrazione, tra le persone a cui non è possibile associare - per definizione - l'uso di servizi sanitari (“assenza di necessità assistenziali”), evidentemente non considerando tali quelli di ambito preventivo.

Non esiste un sistema informativo che registri gli interventi di promozione della salute e di prevenzione primaria sui fattori di rischio individuali, così come non sono disponibili i dati relativi alla loro distribuzione nella popolazione.

Il risultato degli attuali strumenti di stratificazione del rischio restituisce una platea indistinta di “sani”, che corrisponde ad oltre il 50% della popolazione, destinataria di generici interventi di promozione della salute.

Figura 2. La stratificazione della popolazione per bisogno di setting assistenziale



I dati della sorveglianza PASSI non sembrano indicare particolari segnali di miglioramento nel tempo né in termini di obiettivi di salute, né in termini di capacità di intervento, per altro verso confermando l'esistenza - quando non l'incremento- delle differenze territoriali²⁰.

Il quadro così delineato suggerisce l'esigenza di un deciso cambio di approccio. Il Nuovo Sistema di Garanzia di erogazione dei LEA prevede l'indicatore P14C "Indice composito sugli stili di vita", elaborato a partire dai dati dell'Indagine Multiscopo ISTAT Aspetti della Vita Quotidiana: data la natura campionaria, l'informazione è disponibile solo a livello di regione, e non consente quindi di valutare la variabilità intraregione. Peraltro,

considerando la complessità dei meccanismi generativi dei fenomeni che descrive, l'applicazione in ambito certificativo non può che rimanere meramente descrittiva.

La difficoltà di associare l'intervento all'esito è certamente uno degli elementi che complica la possibilità di valutare gli esiti delle attività in ambito preventivo. Nel 2021, un gruppo di lavoro coordinato da Paolo Vineis ha proposto una lista di interventi da attuare nell'ambito di una strategia di prevenzione primaria delle malattie non trasmissibili, individuando anche gli attori responsabili: in nessun caso è stato individuato il singolo dipartimento di prevenzione²¹.

Tuttavia, esiste certamente la possibilità di individuare strategie e modelli di provata efficacia da proporre prioritariamente e in modo standardizzato per la realizzazione congiunta a livello territoriale, sia a partire da documenti di riferimento internazionale quali quello del WHO del 2024²², che dalle attività realizzate, ad esempio, dal Network Italiano Evidence-Based Prevention e dal Centro di Documentazione DORS della Regione Piemonte.

In un quadro di riorganizzazione dei modelli assistenziali, una migliore rappresentazione dei target delle azioni di promozione della salute, come si propone di fare lo strumento di stratificazione del rischio nella sua definizione evolutiva, consentirebbe una programmazione (e una valutazione) più accurata delle azioni di prevenzione, soprattutto se fosse affiancato da modelli di intervento di provata efficacia con relativi standard operativi e organizzativi, come avvenuto per le altre macroaree assistenziali.

Per fare ciò è indispensabile un sistema informativo che registri le informazioni sui determinanti individuali di salute e gli interventi di prevenzione primaria e di promozione della salute erogati.

Correttamente, infatti, il DM 77/2022 richiama quale presupposto per la realizzazione della stratificazione del rischio la valorizzazione dei contenuti informativi dei flussi sanitari, la loro integrazione e, quindi, la messa a punto di modelli predittivi, in grado di supportare la modulazione dell'assetto dei servizi sanitari in funzione della modifica dei bisogni di salute, a livello di popolazione.

Lo stesso decreto introduce importanti innovazioni in termini di sistemi informativi: assistenza consultoriale, ospedali di comunità, servizi di riabilitazione territoriale e cure primarie, che si affiancano al consolidamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e all'implementazione del flusso delle Centrali Operative Territoriali - COT. Non risultano tuttavia sistemi informativi dedicati alla sanità di iniziativa, e non è nota la tipologia di informazioni - oltre alle prestazioni assistenziali erogate - che sarà resa disponibile dal Sistema Informativo dell'Assistenza Primaria (SIAP).

La messa a punto di un sistema informativo che registri a livello individuale la presenza di condizioni di rischio e più in generale di vulnerabilità/fragilità, nonché gli interventi e i programmi di prevenzione potrebbe rappresentare, peraltro, anche lo strumento di cooperazione e comunicazione tra gli operatori dell'assistenza primaria e quelli dei dipartimenti di prevenzione e costituire la base per produrre/consolidare le prove di efficacia degli interventi.

Dalla nuova impostazione proattiva dell'assistenza territoriale potrebbe certamente svilupparsi un patrimonio informativo cruciale per la programmazione e la valutazione degli interventi: è necessario però che il disegno complessivo di consolidamento dei sistemi informativi sanitari e degli strumenti di sanità digitale che via via vengono immessi nel sistema risponda anche alle esigenze di natura epidemiologica, anche in

termini di misurazione degli esiti e degli obiettivi di salute, in modo da poter informare ed arricchire i sistemi di valutazione di efficacia del SSN, a partire dal Nuovo Sistema di Garanzia.

Questo aspetto non riguarda solo gli interventi di prevenzione a livello individuale: all'indomani dell'approvazione del DPCM che aggiornava i LEA, la comunità dell'epidemiologia ambientale italiana, nell'ambito del progetto CCM Rete Italiana Ambiente e Salute (RIAS) ha sollevato il tema degli indicatori NSG. ambiente e salute, per evidenziare l'importanza di associare ai programmi di prevenzione un sistema di valutazione da utilizzare per il monitoraggio, non solo di processo, ma anche di obiettivi di salute²³.

Infatti, nessuna delle innovazioni proposte nei LEA sul tema ambiente e salute LEA (la predisposizione di programmi di miglioramento ambientale, la valutazione dell'associazione tra fattori di rischio ambientali ed esiti di salute, la redazione dei profili di salute, la sorveglianza dei fattori di rischio ambientali, la predisposizione di interventi mirati, anche attraverso esami analitici) è soggetta ad alcuna forma di misurazione.

La costruzione di un sistema di indicatori LEA ambiente-salute deve avvenire attraverso un percorso che sistematizzi le evidenze sulla relazione tra fattori di rischio ambientali e salute; promuova l'integrazione dei dati sanitari e dei dati ambientali; definisca le strategie per misurare l'esposizione della popolazione ai fattori di rischio selezionati; individui obiettivi di miglioramento ambiente-salute e gli interventi necessari per attuarli; valuti l'efficacia degli interventi stessi. Tale esigenza è stata colta nell'istituzione del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici (SNPS), richiamato nel paragrafo successivo, a cui è assegnato, tra gli altri, il compito di concorrere alla individuazione e allo sviluppo di criteri, metodi e sistemi di monitoraggio integrati, anche avvalendosi di sistemi informativi funzionali all'acquisizione, all'analisi, all'integrazione e all'interpretazione di modelli e dati.

Il Sub Investimento M6C2 del PNRR ha previsto ingenti finanziamenti in favore di un'infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute per l'analisi dei dati e lo sviluppo di un modello predittivo nazionale per l'analisi dei LEA, che prevede l'istituzione del *National Health Prevention Hub* entro il 2026, in parallelo con le azioni specificamente associate alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale sul lato informativo, e che ha il compito di integrare dati e competenze per programmare, coordinare e valutare interventi di prevenzione secondo l'approccio One Health.

Nella strategia complessiva degli investimenti di infrastrutturazione informativa del PNRR, il *National Health Prevention Hub* dovrebbe interconnettere i dati sanitari e di contesto territoriale, a supporto della programmazione degli interventi di promozione della salute e prevenzione, coordinandosi con il Programma Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima del Piano Nazionale Complementare che ha finanziato la creazione di una piattaforma integrata di dati ambientali e sanitari.

In questa prospettiva, il *Prevention Hub* non può limitarsi ad essere un gigantesco datawarehouse di dati, ma deve consentire un approccio di tipo longitudinale, dinamico e continuo, centrato sull'individuo e su tutti i possibili attributi (comportamentali, ambientali, sociali, economici, assistenziali, ecc.) che ne possono condizionare le traiettorie esistenziali; un sistema di questo tipo consentirebbe di osservare in maniera prospettica gli eventi sanitari, a livello di popolazione, in grado di accompagnare un approccio *lifecourse* nelle strategie di prevenzione.

In questo contesto che incrocia riorganizzazione dei modelli assistenziali e infrastrutturazione informativa e tecnologica, occorre quindi:

- **sviluppare sistemi informativi della prevenzione primaria**, individuale e collettiva, in grado di interconnettersi con i flussi sanitari esistenti e in via di definizione, e di restituire dati per elaborazioni di tipo epidemiologico al fine di supportare la programmazione, il monitoraggio, la valutazione ma anche le attività di ricerca;
- **selezionare modelli di intervento di provata efficacia**, da implementare a livello locale, in una logica di raccordo e integrazione tra i dipartimenti di prevenzione e la sanità di iniziativa per la realizzazione degli interventi di promozione della salute e prevenzione primaria, accompagnati da opportuni indicatori di processo ed esito;
- **definire, attraverso la stratificazione del rischio, i bisogni di intervento di prevenzione primaria**, individuale e collettiva a livello locale;
- **stabilire standard, modelli organizzativi e meccanismi di raccordo** tra Dipartimenti di Prevenzione e attori della Sanità di Iniziativa;
- **integrare il Nuovo Sistema di Garanzia con opportuni indicatori** che consentano di misurare gli esiti delle azioni di prevenzione primaria.

3. UN'AGENDA NAZIONALE PER LA SALUTE E L'AMBIENTE: PREVENZIONE, ADATTAMENTO E CO-BENEFICI INTERSETTORIALI

L'Europa sta vivendo un aumento delle temperature tra i più rapidi a livello globale, con conseguenze drammatiche su salute, risorse naturali, stabilità economica e sicurezza degli ecosistemi. Secondo la prima Valutazione europea dei rischi climatici²⁴, pubblicata nel marzo 2024 dall'Agenzia europea dell'ambiente (AEA), molti rischi climatici hanno già raggiunto livelli critici, con il potenziale di diventare catastrofici in assenza di misure urgenti e strutturali. Tra i pericoli identificati il caldo estremo, le siccità prolungate, gli incendi boschivi e le alluvioni sono destinati ad aumentare, anche negli scenari più ottimistici di contenimento del riscaldamento globale. L'area del Mediterraneo, in particolare, risulta la più vulnerabile, sia per ragioni climatiche che per fragilità sociali e infrastrutturali[‡]. Si stima che, senza un cambiamento di rotta, entro la fine del secolo centinaia di migliaia di morti l'anno potrebbero essere attribuite alle ondate di calore, mentre i danni economici legati alle sole inondazioni potrebbero superare i 1.000 miliardi di euro l'anno. L'AEA sottolinea come le politiche di adattamento finora implementate non stiano tenendo il passo con la velocità e l'intensità dell'evoluzione climatica, rendendo evidente la necessità di interventi preventivi strutturali e coordinati a livello europeo.

In questo contesto, la prevenzione primaria - ossia il contenimento delle emissioni di gas serra - rimane il cardine per mitigare gli effetti futuri del cambiamento climatico. Senza un'efficace azione di decarbonizzazione e di promozione delle fonti rinnovabili, infatti, si assisterà a un incremento di eventi estremi, come ondate di calore, incendi e picchi di inquinamento atmosferico, con gravi conseguenze per la salute, soprattutto nelle aree urbane densamente popolate²⁵. Nell'ambiente urbano il traffico veicolare e il riscaldamento degli edifici rappresentano le principali fonti di inquinanti atmosferici (particolato fine PM_{2,5}, PM₁₀, ozono, biossido di azoto), una miscela di gas e polveri che vengono respirati da chi abita in città, con effetti negativi sulla salute a breve e lungo termine²⁶. Le emissioni in atmosfera delle città contribuiscono in modo significativo alla produzione complessiva di gas serra e, a sua volta, la crisi climatica peggiora la qualità dell'aria: le elevate temperature, per esempio, aumentano la formazione di ozono, esacerbando i problemi respiratori²⁷.

A febbraio 2025 il gruppo Minds for One Health, con il supporto di ISDE Italia - Associazione Medici per l'Ambiente, ha redatto il documento "Adattamento e Mitigazione: Azioni urgenti per far fronte agli eventi estremi da crisi climatica"²⁸, inviato a tutte le Istituzioni politiche e scientifiche nazionali, che individua le azioni necessarie per rispondere in modo efficace e tempestivo alla crisi climatica nel nostro Paese, salvaguardando in primis la salute e la sicurezza dei cittadini. Tra le proposte:

- **ridurre l'uso di combustibili fossili e biomasse**, facendo pagare alle aziende energetiche i costi sanitari e ambientali;
- **accelerare le rinnovabili** su superfici già impermeabilizzate, bloccare consumo di suolo e deforestazione, potenziare il verde urbano;

[‡] La regione Mediterranea è uno dei 'punti caldi' del sistema Terra: infatti, mentre il riscaldamento medio globale rispetto al periodo 1850-1900 nel 2024 è di 1,6 °C, per questa regione l'incremento è di 2,9° C [Global Climate Highlights 2024 | Copernicus](#)

- **recepire le direttive UE** su aria e plastica, migliorare trasporti pubblici e mobilità attiva;
- **promuovere edifici ad alta efficienza energetica** e ristrutturazioni sostenibili;
- **favorire politiche di “sufficienza”** con tariffe progressive, stili di vita sobri e infrastrutture che riducano la domanda energetica.

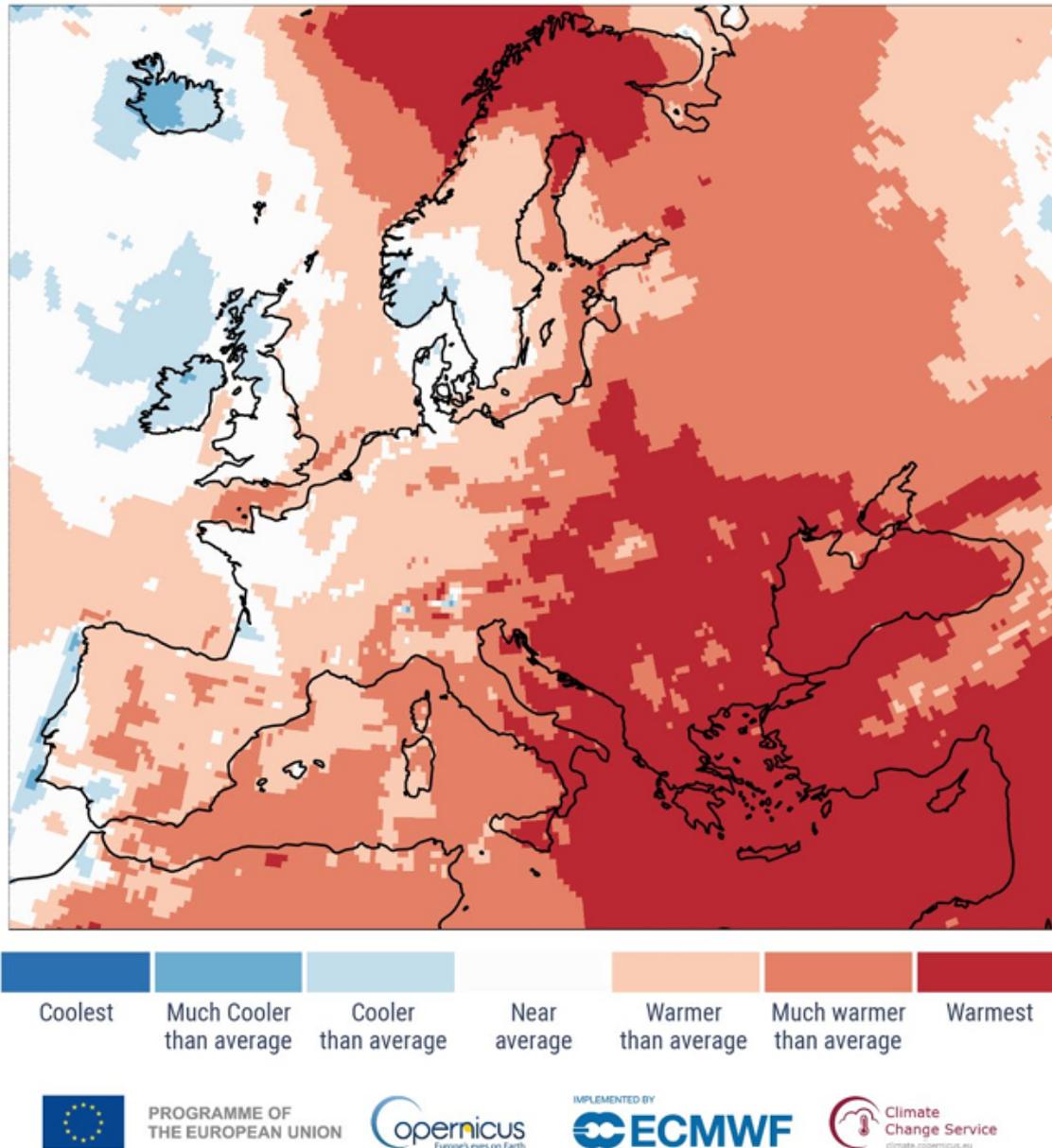
Il documento sottolinea che alle necessarie e urgenti azioni di adattamento agli eventi estremi (per la tutela della salute della popolazione ma anche per la salvaguardia di edifici e opere pubbliche e private) devono procedere di pari passo le azioni di mitigazione (riduzione delle emissioni di gas serra), per non rischiare che le azioni di adattamento diventino rapidamente inefficaci via via che gli eventi estremi si aggravano.

La prevenzione secondaria e terziaria, costituisce la risposta adattativa necessaria per limitare i danni alla salute nel breve termine. L'ondata di calore del 2003, che provocò oltre 70.000 decessi in Europa, rappresenta un punto di svolta: mise in luce le gravi lacune dei sistemi sanitari nella gestione delle emergenze climatiche. Da allora, diversi Paesi hanno sviluppato sistemi di allerta e risposta rapida per l'emergenza caldo, basati su previsioni meteorologiche integrate con indicatori sanitari e sociali. L'Italia ha un Piano di prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore nazionale²⁹, che dispone di un sistema nazionale di sorveglianza della mortalità giornaliera (SISMG). Il SISMG permette il monitoraggio tempestivo dell'impatto sulla salute di esposizioni ambientali (ondate di calore e di freddo o altri fattori di rischio come picchi di inquinamento) o eventi epidemici a supporto della programmazione sanitaria e della valutazione di interventi di prevenzione. Attualmente, il SISMG include 54 comuni (con popolazione maggiore di 100.000 abitanti e capoluoghi di regione) e copre circa 1/3 della popolazione nazionale. Grazie a questi protocolli operativi - oggi parte integrante della sanità pubblica - sono state attivate reti di sorveglianza, piani di comunicazione del rischio, rafforzamento dei servizi territoriali e strategie di protezione dei gruppi a rischio (anziani, cronici, lavoratori esposti, bambini).

A livello europeo l'estate 2024 è stata la più calda di sempre, con temperature record pari a +1.54°C superiori alla media climatica 1991-2020, circa 0.7°C più alte rispetto all'estate precedente e +0.2°C in più ok rispetto al 2022. Le anomalie positive di temperature hanno interessato principalmente le aree Sud-Est dell'Europa e del Mediterraneo come evidenziato dai dati Copernicus.

Figura 3. Anomalies and extremes in surface air temperature for June - August 2024

Data: ERA5 1979–2024 • Credit: C3S/ECMWF



Fonte: [C3S seasonal lookback: summer 2024](#) | Copernicus

In Italia, l'estate 2024 ha registrato un'anomalia positiva di temperatura massima di $+1.76^{\circ}\text{C}$ rispetto alla media climatica, ed in particolare nelle regioni del Centro e del Sud si è registrata un'anomalia di $+2^{\circ}\text{C}$. Nonostante l'elevata esposizione della popolazione in termini di temperature superiori ai valori di riferimento e l'elevato numero di giorni di allarme (livello 2 e 3 dei sistemi di allerta HHWW), l'incremento della mortalità nell'estate 2024 è stato complessivamente contenuto ($+2\%$). Nei mesi di maggio e giugno la mortalità osservata è stata inferiore all'atteso, mentre un incremento significativo si è osservato a luglio nelle città del Centro-Sud ($+3\%$) e ad agosto pari a $+5\%$ al Nord e $+13\%$ al Centro-Sud. Anche dalle prime analisi sui dati di sorveglianza per Roma e per Milano (aggiornamento al 10.07.2025) l'andamento della mortalità giornaliera mostra solo lievi discostamenti dall'atteso³⁰. Studi di serie temporale, inoltre, hanno messo in luce una riduzione dell'impatto del caldo sulla mortalità in Italia in seguito all'introduzione del Piano nazionale di prevenzione³¹.

Tuttavia, le misure emergenziali non possono sostituire le azioni strutturali, ed è per questo che la salute pubblica deve essere pienamente integrata nelle strategie climatiche nazionali e locali, secondo un approccio intersettoriale e One Health. Il **Piano di Adattamento ai Cambiamenti Climatici (PNACC)**³² dell'Italia, adottato nel 2024, pur costituendo un passo importante per il Paese, **appare ancora eccessivamente descrittivo, privo di strumenti attuativi vincolanti** e fortemente dipendente dalla buona volontà delle singole amministrazioni locali. Il documento si limita a elencare oltre 360 *opzioni di adattamento* prive di vincoli, tempistiche, stime di costo e meccanismi di attuazione chiari. La maggior parte delle misure è di tipo “soft” (monitoraggio, formazione, studi), con poche azioni strutturali e infrastrutturali realmente operative. Inoltre, il piano soffre di un'assenza di governance centralizzata e di scarsa integrazione con altre strategie nazionali, come il Piano Energia e Clima, mancando di una cornice finanziaria dedicata.

Il Ministero della Salute ha finanziato un progetto “Adattamento e mitigazione ai cambiamenti climatici: interventi urbani per la promozione della salute - Climactions”⁵, con l'obiettivo di identificare strategie e interventi di mitigazione dell'isola di calore urbano e dell'inquinamento atmosferico che siano in grado al contempo di promuovere benefici per la salute della popolazione nel contesto urbano di 6 città (Torino, Genova, Bologna, Roma, Bari e Palermo)³³.

Un approccio One health comporta inoltre lo sviluppo di un rapporto virtuoso tra SSN, SNPS** e SNPA^{††}, valorizzando sinergie e competenze e superando la frammentazione attuale. In molte regioni italiane, infatti, permangono significative differenze negli assetti organizzativi, nella disponibilità di dati e nella capacità di integrazione tra i sistemi sanitari e quelli ambientali. Inoltre, vi sono ostacoli significativi legati all'accesso, all'uso e al trattamento dei dati sanitari, anche a causa di interpretazioni restrittive del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), che in alcune realtà impediscono del tutto lo svolgimento di studi epidemiologici e ricerche integrate. In questo contesto, va ribadito che il trattamento dei dati sanitari a fini epidemiologici è parte integrante delle funzioni che il SSN, e in particolare il SNPS, deve garantire per rispondere efficacemente ai bisogni di salute della popolazione. Ciò include la capacità di riconoscere i determinanti ambientali della salute, individuare le priorità di intervento, valutarne l'impatto sanitario e misurarne gli esiti. Una governance chiara, trasparente e condivisa del patrimonio informativo è condizione necessaria per un sistema di prevenzione moderno, efficace e orientato all'equità.

3.1 Importanza di strategie di cobenefici

Anche se la lotta ai cambiamenti climatici passa principalmente attraverso una radicale transizione energetica, con il progressivo abbandono dei combustibili fossili in favore delle energie pulite, esistono strategie che generano co-benefici, cioè **benefici simultanei per la salute pubblica e per l'ambiente**. Sinergie tra politiche di mitigazione climatica e misure preventive sanitarie possono produrre risultati notevoli anche dal punto di vista

⁵ Il progetto ha analizzato il contesto ambientale (inquinamento, isola di calore, aree verdi) e la popolazione residente (indicatori demografici, sociali e sanitari) per individuare aree e gruppi più vulnerabili.

** Istituito formalmente dall'art. 27 del D.L. 36/2022 (convertito nella L. 79/2022), il Sistema Nazionale di Prevenzione Sanitaria dai rischi ambientali e climatici (SNPS) è una componente organizzativa e funzionale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

^{††} Il Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente (SNPA), istituito con la legge n. 132 del 28 giugno 2016, è coordinato dall'Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale (ISPRA) con la partecipazione di tutte le Agenzie Regionali e delle Province Autonome per la Protezione dell'Ambiente (ARPA/APPA).

economico. Per esempio, una **multistrategia che includa alimentazione sana, mobilità sostenibile, difesa del territorio e politiche urbane** potrebbe ridurre significativamente l'incidenza delle malattie croniche (come patologie cardiovascolari e respiratorie)³⁴. Inoltre, la riduzione delle emissioni inquinanti ha effetti sanitari diretti e misurabili, tra cui un calo della mortalità prematura e della spesa sanitaria, legati principalmente al miglioramento della qualità dell'aria³⁵. In un documento, commissionato nel 2019 dal Ministro della Salute italiano,^{††} è stata delineata una strategia generale per la prevenzione primaria delle malattie non trasmissibili in Italia, con particolare attenzione ai *co-benefici* della mitigazione del cambiamento climatico. Poiché l'azione contro il cambiamento climatico passa soprattutto dalle scelte energetiche (riduzione dei combustibili fossili e promozione delle rinnovabili), la strategia proposta mira a interventi capaci di prevenire malattie e, allo stesso tempo, ridurre le emissioni climalteranti. Le tre aree di intervento prioritario identificate sono: urbanistica, alimentazione e trasporti. Ad esempio: promuovere il trasporto attivo (camminare, andare in bicicletta) produce un triplo beneficio: riduzione delle emissioni di gas serra, prevenzione di patologie legate all'inquinamento atmosferico e aumento dell'attività fisica, prevenendo così obesità e diabete. Il documento fissava come obiettivi al 2025: ridurre i fumatori del 30% (soprattutto tra i giovani); ridurre l'obesità infantile del 20%; ridurre del 20% le calorie provenienti da alimenti ultraprocesati; ridurre il consumo di alcol del 10%; ridurre il consumo di sale del 30%; ridurre il consumo di bevande zuccherate del 20%; ridurre il consumo medio di carne del 20%; aumentare del 10% le ore settimanali di esercizio fisico.

Il documento presentava anche specifici obiettivi ambientali; entro il 2025: ridurre a zero l'uso di plastica da imballaggi e di bottiglie di plastica; ridurre il consumo di biomasse del 50%; ridurre il ricorso all'automobile per gli spostamenti urbani del 20%.

Entro il 2030: ridurre il consumo energetico del 30%; incrementare la quota di energia proveniente da fonti rinnovabili del 30%.

Alla data attuale (2025) si tratta con ogni evidenza di **obiettivi largamente mancati**, in assenza di una adeguata politica ambientale e di iniziative normative e fiscali sui determinanti commerciali di salute (vedi paragrafo 7).

3.2 Tutela ambientale e sviluppo economico

L'idea che la protezione dell'ambiente rappresenti un freno alla crescita è ormai una narrativa obsoleta: investire in energie rinnovabili, promuovere una mobilità a basse emissioni, incentivare l'edilizia sostenibile e puntare su soluzioni tecnologiche verdi non solo migliora la qualità dell'aria, ma crea nuove opportunità occupazionali, stimola la competitività delle imprese e contribuisce alla riduzione dei costi sanitari associati all'esposizione a inquinanti atmosferici. Cambiamento strutturale e transizione ecologica non solo sono possibili, ma possono rafforzarsi a vicenda. Questa visione dovrebbe rappresentare un punto di riferimento anche per l'Italia, che talvolta esita di fronte a scelte ambientali decisive temendo un impatto negativo sull'economia. Sebbene il Green Deal europeo rappresenti un passo importante verso la neutralità climatica, la sua

^{††} Nel marzo 2019, il Ministro della Salute italiano ha incaricato il Consiglio Superiore di Sanità di redigere un commento a una bozza del Piano Nazionale della Prevenzione 2020–2025 (successivamente approvato nel 2020). È stato quindi costituito un gruppo di lavoro e una prima versione del documento è stata discussa in seno al CSS. Dopo alcune modifiche e correzioni, il documento finale è stato approvato all'unanimità dal CSS e consegnato al Ministro nel luglio 2019. Il documento è disponibile al link <https://www.scienzainrete.it/articolo/piano-nazionale-della-prevenzione-proposta-strategia-paolo-vineis-autori-vari/2020-10-13>.

realizzazione concreta è ancora frammentata. In Germania, oltre 13.000 scienziati hanno firmato un appello³⁶ per esortare il governo a non abbandonare la transizione ecologica, avvertendo che la fissione e la fusione nucleare non sono soluzioni sufficienti. **La chiave resta nelle energie rinnovabili, nei sistemi intelligenti di accumulo e distribuzione, e nell'efficienza energetica.** Gli esperti hanno inoltre avvertito che un rallentamento della protezione climatica potrebbe danneggiare la competitività economica della Germania, perché le imprese necessitano di stabilità normativa per investire in modelli di business innovativi, lontani dai combustibili fossili. Un messaggio analogo dovrebbe essere preso in seria considerazione anche in Italia, dove, nonostante alcuni progressi normativi, persistono forti resistenze a livello regionale e settoriale. In particolare, le aree della Pianura Padana, tra le più inquinate d'Europa, mostrano ancora scarsa ambizione nel tradurre gli obiettivi europei in politiche locali efficaci. Alcuni piani regionali, come quello della Lombardia in discussione, arrivano perfino a sostenere che gli obiettivi della nuova direttiva europea sulla qualità dell'aria al 2030 siano "irrealistici", ritenendo che la riduzione dell'inquinamento comprometterebbe lo sviluppo economico. Una posizione che ignora i benefici strutturali - economici, sanitari e ambientali - di una transizione ben pianificata³⁷.

3.3 Un appello alla responsabilità condivisa

La Seconda Conferenza Globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sull'Inquinamento Atmosferico e la Salute³⁸, tenutasi a Cartagena, Colombia, dal 25 al 27 marzo 2025 si è chiusa con un messaggio che interpella profondamente l'intera comunità scientifica e civile. Epidemiologi e operatori della salute pubblica, non possono più limitarsi a descrivere i danni prodotti dall'inquinamento atmosferico: è il momento di assumersi la responsabilità di promuovere il cambiamento. **L'advocacy - ovvero la capacità di usare la scienza per incidere sulle scelte politiche e culturali - non è un'attività accessoria, ma deve diventare una funzione centrale e imprescindibile del professionista di sanità pubblica.** Anche i ricercatori ambientali condividono questa responsabilità, contribuendo con evidenze cruciali a collegare salute, ecosistemi e clima. Ma perché la scienza si traduca in azioni efficaci, è fondamentale l'impegno dei decisori politici, che devono trasformare i dati in politiche coraggiose e lungimiranti. In un momento storico segnato da crisi geopolitiche e priorità sovrapposte, **salute e ambiente devono restare priorità.** Infine, i cittadini giocano un ruolo cruciale: la consapevolezza pubblica - informata, critica e attiva - è un motore potente di cambiamento. Promuovere alfabetizzazione ambientale e sanitaria significa rafforzare il tessuto democratico e creare le condizioni per una partecipazione civica autentica, in grado di esercitare pressione dal basso e orientare le scelte collettive.

In conclusione, come scriveva Rodolfo Saracci nel 2021: *"... un lungo cammino in salita, che ambisce a ricentrare il SSN, non può essere né intrapreso né sostenuto senza essere approfonditamente pensato e senza il supporto permanente della comunità scientifica così come della società civile. Due concetti sono fondamentali: primo, la prevenzione, come il COVID-19 mostra ogni giorno, è irrealizzabile senza la partecipazione cosciente e attiva dei cittadini; secondo, non è possibile che la salute sia un obiettivo trasversale in tutte le politiche e nell'approccio one health se per cominciare la prevenzione non è al centro del SSN"*³⁹.

4. IL FINANZIAMENTO DEL SSN PER LA PREVENZIONE E IL TEMA DELLA FORMAZIONE

È del 2005 il documento WHO *“Preventing chronic diseases, a vital investment”*: se, apparentemente, si registra unanimità di pensiero circa la centralità della prevenzione per garantire da un lato il benessere della popolazione, dall’altro l’effettiva sostenibilità economica a medio e lungo termine di un SSN pubblico ed universale, non sembra che a questo convincimento seguano decisioni e atti di programmazione coerenti, in termini di finanziamento e programmazione, a nessuno dei livelli di governo del sistema. Come ha evidenziato Rodolfo Saracci sulle pagine di *Epidemiologia e Prevenzione*, nel 2021: *“La cura privilegia l’approccio che tratta ciascun effetto e malattia individualmente in un’espansione permanente delle forme patologiche e dei mezzi di diagnosi e cura. La prevenzione le attacca a livello dei determinanti comuni. Centrare un sistema sanitario su questa opzione risponde direttamente all’esigenza di base che «è meglio essere sani che malati o morti, mentre privilegiare la prima alternativa implica tra le altre conseguenze un’inarrestabile crescita della domanda di servizi sanitari e del carico del lavoro su quelli disponibili, dilatando i costi in modo non sostenibile nel medio-lungo termine”*.

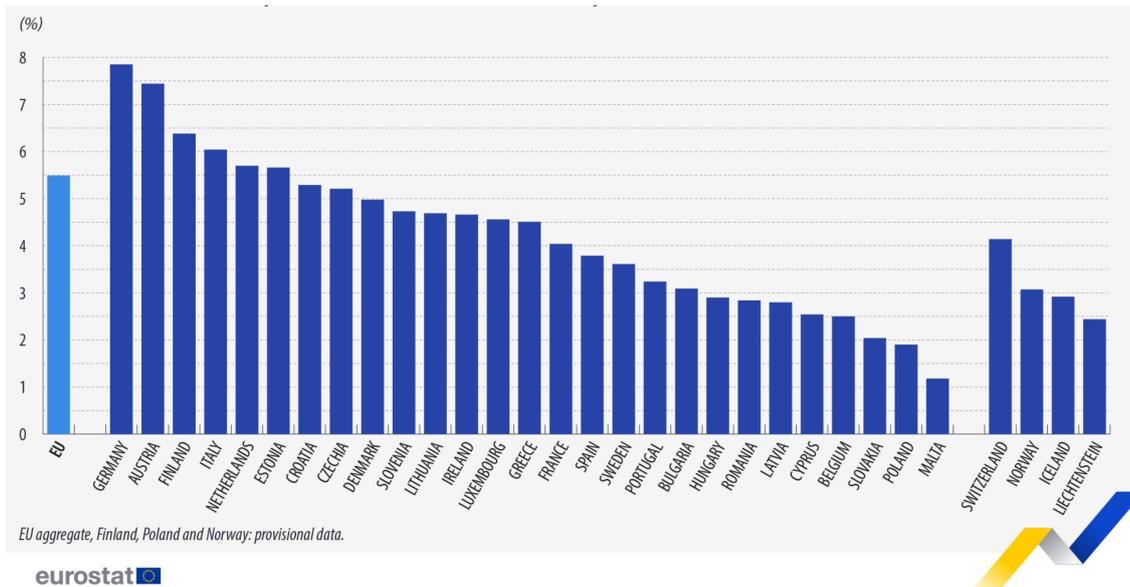
Come noto, con il D.Lgs. 68/2011, sono stati introdotti quali indicatori della programmazione nazionale per l’attuazione del federalismo fiscale, i livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria per i tre macrolivelli di assistenza. Per la prevenzione (assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro), le risorse corrispondono al 5%, e sono destinate all’erogazione delle 7 aree di intervento individuate come Livelli Essenziali di Assistenza nel DPCM del 2017, cui si associano funzioni trasversali quali sistemi di sorveglianza e attività di epidemiologia, comunicazione del rischio, preparazione e risposta ad emergenze sanitarie, formazione e ricerca applicata alla prevenzione.

È altrettanto noto che tale indicazione, confermata ogni anno, è individuata in modo arbitrario. Come si legge nel Focus dell’Ufficio Parlamentare di Bilancio⁴⁰ che analizza il nuovo sistema di riparto del fabbisogno sanitario nazionale introdotto nel 2023, il problema di stabilire criteri non arbitrari si pone in tutti i sistemi sanitari decentrati.

Per fare un confronto a livello europeo, è possibile utilizzare i dati provenienti dallo Share OCSE/Eurostat che misura la quota di spesa corrente sulla funzione HC.6 *“Preventive Care”*, ed include HC.61 informazione/educazione, HC.62 immunizzazioni, HC.63 diagnosi precoce (screening), HC.64 monitoraggi di stato di salute, HC.65 sorveglianza epidemiologica e controllo dei rischi, HC.66 *preparedness* per emergenze/disastri. Il perimetro di definizione non è del tutto sovrapponibile, in quanto nel sistema OCSE alcune voci che riguardano ad esempio aspetti di governo del sistema non sono considerate. L’ultimo dato completo disponibile è del 2022, che risente ancora dell’incremento delle risorse dovuto all’emergenza pandemica e mostra l’Italia al quarto posto, sopra la media europea.

Per l’Italia, sono forniti anche i dati del 2023 e 2024, che fanno registrare un ritorno ai livelli pre-pandemici: nel 2019 la quota per i servizi di prevenzione era 4,66, nel 2023; 4,65 e 4,71 nel 2024.

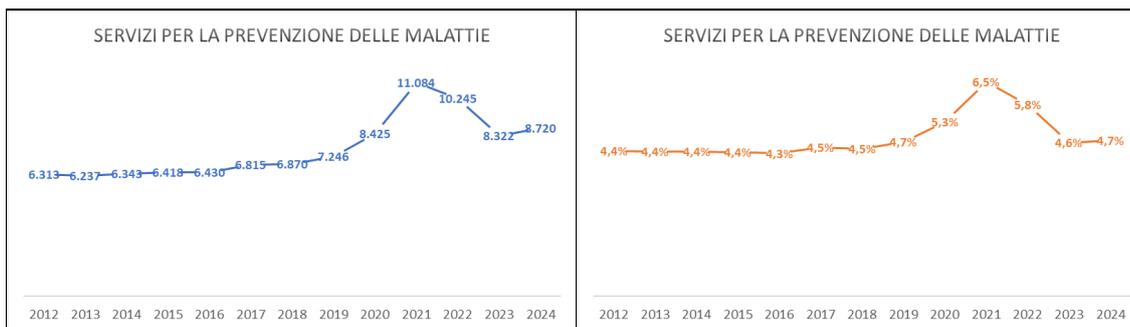
Figura 4. Preventive healthcare expenditure as a share of current expenditure on healthcare, 2022



Per quanto riguarda l'Italia, analizzando i dati resi disponibili dal Sistema dei Conti in Sanità - ISTAT-SHA, i valori assoluti di finanziamento dei servizi per la prevenzione delle malattie risultano sostanzialmente stabili tra il 2012 e il 2016; si osserva un incremento negli anni successivi, che raggiunge il picco nel 2021, cui segue una riduzione nel 2023-2024, ma con valori nel 2024 più alti del 5% rispetto all'anno precedente e maggiori del 20% rispetto al 2019.

In termini relativi, nel 2024 la quota di finanziamento per i servizi di prevenzione si attesta al 4,7% rispetto al totale del Fondo (pari a 8,72 miliardi di euro), come nel 2019: la prevenzione, rispetto al vincolo del 5% (che corrisponderebbe ad un finanziamento pari a 9,26 miliardi di euro), è risultata così sottofinanziata di circa 536 milioni di euro. Dal 2012 al 2019, complessivamente, per effetto del mancato rispetto del vincolo, **non sono stati destinati alla prevenzione circa 6,7 miliardi di euro**, ed è un dato che va certamente tenuto presente ripensando agli sforzi che sono stati richiesti ai servizi di prevenzione durante la pandemia. Nel frattempo, diverse iniziative, in particolare quelle che riguardano i sistemi di sorveglianza e la governance di sistema, sono state introdotte con la clausola di invarianza della spesa corrente (ovvero, non ne devono derivare nuovi oneri per lo Stato).

Figura 5. La spesa per la prevenzione in Italia dal 2012 al 2014, in termini assoluti (a sinistra) e in percentuale sul Pil (a destra)



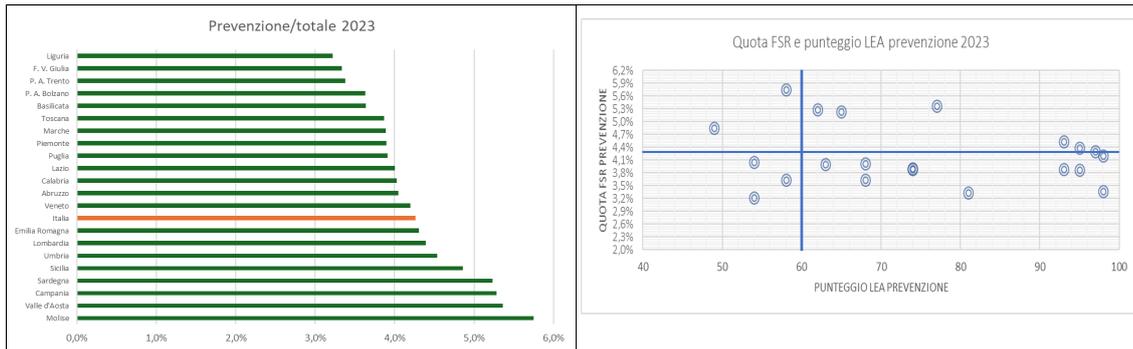
Fonte: Sistema dei Conti in Sanità - ISTAT

https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,DATAWAREHOUSE,1.0/UP_ACC_HEALTH

Dai Modelli LA compilati dalle Regioni (Fonte: Ragioneria Generale dello Stato) è possibile osservare una notevole variabilità circa la quota del Fondo Sanitario assegnata alla prevenzione: si va dal 3,2% della Liguria al 5,7% del Molise.

Questa variabilità non sembra avere alcuna relazione con la garanzia di erogazione dei LEA della prevenzione, misurata con gli indicatori del NSG: proprio il Molise non raggiunge - con 58 punti - la soglia di adempienza; a sostanziale parità di quota del FSN destinata alla prevenzione la Liguria ha conseguito nel 2023 un punteggio di 54 e il Friuli Venezia Giulia 81.

Figura 6. Spesa per la Prevenzione nelle regioni italiane nel 2023 e relazione fra Quota per la prevenzione e punteggio Lea prevenzione nel 2023



Fonte: Ragioneria generale dello Stato, Ministero della Salute (Risultati NSG 2023, area prevenzione)

Nel fondo indistinto è presente anche il finanziamento del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP): per il Piano 2020-2025 è stata prevista l’assegnazione di risorse pari a 200 milioni di euro, cui si sommano ulteriori 240 milioni di euro vincolati nell’ambito degli Obiettivi di Piano - linea PNP e supporto al PNP, erogate alle regioni secondo i criteri di riparto del Fondo e, quindi, per la prevenzione, su quota capitaria secca. Il 5 per 1000 di queste ultime avrebbero dovuto essere vincolate per convenzioni con tre organizzazioni di supporto alle Regioni: l’Osservatorio Nazionale Screening, l’Associazione Italiana Registri Tumori e il Network Italiano di Evidence based prevention (NIEBP), ma non è noto se tale destinazione sia stata rispettata.

Eventuali esigenze specifiche di interventi di prevenzione (primaria o secondaria) e di promozione della salute - pur evidenziati dai sistemi di sorveglianza - non sono contemplati. **La diversa prevalenza di fattori di rischio non porta alla definizione di specifiche e adeguate linee di finanziamento destinate a programmi di intervento in grado di rimuovere le differenze territoriali** e, anzi, l’introduzione dell’Indicatore sugli stili di vita nel Nuovo Sistema di Garanzia - già menzionato - rischia di avere un effetto penalizzante nell’accesso alla quota premiale del FSN associata al superamento degli adempimenti LEA.

Purtroppo, non c’è alcuna possibilità di correlare il finanziamento alle attività di prevenzione, né in termini di volumi, e tantomeno di esiti, in quanto non è possibile reperire informazioni sulla destinazione delle risorse per la prevenzione alle specifiche voci di spesa: questo aspetto è segnalato nel rapporto OECD del giugno 2025⁴¹: il livello di reporting delle informazioni sulle spese sanitarie che trasmette l’Italia è il meno dettagliato per funzione, pur rispettando gli obblighi UE.

Ma neanche il sistema ISTAT-SHA consente una analisi disaggregata per singole voci di spesa, tantomeno a livello regionale. I criteri di imputazione della spesa non sono

pienamente standardizzati tra regioni e molte voci (personale, funzionamento, ecc.) vengono allocate “pro quota”, rendendo difficile separare ciò che è prevenzione dal resto. Una parte rilevante delle risorse è assorbita da costi fissi (personale, strutture, attività obbligatorie) e non è possibile ricostruire quanto e come delle risorse siano destinati ai programmi di promozione della salute, alle attività di sorveglianza e ricerca, ai progetti intersettoriali, pure indicati come LEA.

L’insufficiente dettaglio informativo ostacola il confronto tra Paesi europei e tra regioni, traducendosi in scarsa accountability e tracciabilità degli esiti e compromettendo la possibilità di orientare e valutare le politiche.

In queste condizioni, non c’è modo di superare l’arbitrarietà nella definizione della consistenza delle risorse per la prevenzione, o nei criteri di riparto delle stesse tra regioni e all’interno delle regioni, e quindi di dare una risposta strutturata e adeguata al lamentato sotto-finanziamento.

Questo dipende anche dalla mancata indicazione di interventi di provata efficacia di prevenzione e promozione della salute con vincolo di sviluppo e relativo finanziamento, lasciando contenuti e modelli organizzativi eterogenei e non facilmente confrontabili. Di fatto è come se le prove di efficacia degli interventi preventivi siano considerate meno “valide” di quelle costruite negli altri setting, dove invece le evidenze sono riuscite a condizionare standard organizzativi, volumi di attività e soglie di esito (DM 70/2015 per il riordino dell’assistenza ospedaliera).

Va detto che, con l’Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2022 e il decreto del Ministro della Salute del 30 dicembre 2022, è stato introdotto dal 2023 un nuovo sistema di riparto del fabbisogno sanitario nazionale. Al criterio capitaro, parzialmente pesato per tenere conto dell’influenza dell’età sui consumi sanitari, sono stati affiancati altri parametri, ovvero la mortalità sotto i 75 anni e alcuni indicatori delle condizioni socio-economiche. Le modifiche non hanno un effetto sulla distribuzione delle risorse per macro-aree assistenziali ma sul riparto del totale del FSN alle regioni.

Gli effetti distributivi vanno nella direzione attesa di un incremento del fondo destinato alle regioni del Mezzogiorno, essenzialmente per effetto dell’introduzione dell’indice di deprivazione socio-economica. Ma, come si legge nel già citato Focus dell’Ufficio Parlamentare di Bilancio, una parte crescente del finanziamento, la cosiddetta quota premiale, è ripartita sulla base di negoziazioni tra le Regioni, che tendono a criteri discrezionali che possono compensare gli effetti redistributivi della riforma. Tali effetti sono - comunque - al momento limitati: infatti, **il 98,5% del fondo rimane ripartito con la precedente metodologia, lo 0,75% in funzione della mortalità <75 anni e lo 0,75% in funzione della deprivazione.**

Nel Focus vengono sottolineate alcune criticità nel metodo introdotto, in particolare con riferimento all’utilizzo di pesi uguali alle componenti dell’indice di deprivazione e la mancata standardizzazione per età del criterio della mortalità prematura, che potrebbero circoscrivere o, in qualche misura, persino distorcere l’impatto del decreto. Infine, si segnala che la riforma rimane inattuata nella parte che dovrebbe considerare indicatori epidemiologici territoriali e gli standard di qualità dell’assistenza, per la dichiarata assenza di sistemi informativi adeguati e a causa dei vincoli di privacy che limitano la possibilità di elaborare gli indicatori necessari.

Infine, molte delle azioni di provata efficacia di prevenzione primaria, sia sui determinanti individuali che su quelli collettivi, sono strettamente collegate a politiche

extrasanitarie (urbanistica, trasporti, istruzione, lavoro, agricoltura, energia, industria, ecc.): senza meccanismi stabili e trasparenti di co-programmazione e co-finanziamento, ai diversi livelli istituzionali coinvolti, rischiano di rimanere solo una petizione di principio.

Più in generale, **vincolare una quota del 5% a interventi best-buys standardizzati, definendo procedure operative e modelli organizzativi omogenei, consentirebbe di agganciare le risorse ad attività specifiche i cui processi ed esiti potrebbero essere misurati.**

Il PNP 2020-2025 ripropone l'EBP (**Evidence Based Prevention**) come criterio di policy (programmazione e valutazione) e promuove l'implementazione, a livello centrale e regionale, di programmi e azioni supportati da prove di efficacia e sostenibilità, in grado di produrre un impatto sia di salute sia di sistema ma, con l'eccezione degli screening oncologici e delle vaccinazioni, lascia poi alle regioni la selezione degli interventi e anche gli indicatori di valutazione, con il risultato che vengono mappati i processi e non sono misurati gli esiti, certamente non in modo comparativo tra regioni o aziende.

Programmi di formazione e aggiornamento rivolti agli operatori delle cure primarie e della prevenzione che sviluppino e consolidino la capacità di sintetizzare e utilizzare le migliori evidenze scientifiche per impostare azioni di provata efficacia si rendono certamente necessarie, anche per concentrare le risorse disponibili in attività con maggiori margini di beneficio.

5. LE STRUTTURE E I SERVIZI PUBBLICI DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA E DELLA TUTELA AMBIENTALE

I **Dipartimenti di Prevenzione (DP)**, istituiti dall'art. 7 del D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992, **possono essere considerati come un'epitome della crisi della sanità pubblica**. La situazione italiana, con la presenza di Sistemi Sanitari Regionali differenziati tra loro e la compresenza di Agenzie regionali per la Protezione Ambientale, unite con l'Agenzia Nazionale in un Sistema Nazionale per la Protezione Ambientale (SNPA), è particolarmente variegata, con modalità di collaborazione tra Sistema sanitario e Sistema Ambientale (ex art. 7 quinquies del D.Lgs 229/99) assai differenti (o inesistenti) nelle diverse regioni. **La carenza di personale** è un tratto che caratterizza entrambe le strutture della Prevenzione Collettiva e della Tutela Ambientale. Su questo punto, dunque sulla spesa corrente, oltre che sugli assetti organizzativi e i programmi, si gioca la gran parte del futuro di questi settori. *L'Health Prevention Hub* già citato non pare abbia fatto dei passi effettivi in avanti.

La Prevenzione, nelle sue molteplici articolazioni, necessita di dati ed informazioni sullo stato di salute della popolazione e sui fattori di rischio specifici del territorio per poter intervenire efficacemente (*"No data, no problem, no action"* - Friel, 2011). L'esperienza pandemia mostra come, ove l'integrazione e lo scambio di dati tra Dipartimenti di Prevenzione ed epidemiologia era costante, anche l'organizzazione e la risposta del Dipartimento era adeguata; laddove invece il Dipartimento di Prevenzione non aveva informazioni sull'andamento attuale e previsto dell'epidemia sul proprio territorio si creava più facilmente uno squilibrio organizzativo tra personale necessario e personale disponibile e arruolabile. In alcune regioni (vedi Emilia-Romagna o Friuli) i Dipartimenti di Prevenzione ospitano una propria struttura di epidemiologia, proprio allo scopo di disporre internamente e facilmente delle informazioni indispensabili alla programmazione degli interventi di prevenzione sul territorio⁴².

Da una recente rilevazione (con parziale copertura del Paese) sullo stato dei Dipartimenti Prevenzione nel nostro paese⁴³ emerge in primo luogo una significativa eterogeneità negli assetti organizzativi e nelle risorse a loro disposizione. Risulta relativamente scarso il livello di interazione dei Dipartimenti con gli altri servizi sanitari territoriali e gli intervistati ritengono che l'area della gestione delle emergenze vada potenziata e sia opportuno investire in essa risorse per il futuro.

Alla luce del nuovo Sistema Nazionale Prevenzione Salute (SNPS), istituito ai sensi dell'art. 27 DL 30 aprile 2022, e del Sistema Regionale Prevenzione Salute (SRPS) previsto dall'art. 2 del Decreto Ministeriale 9 giugno 2022, il DP 'dovrebbe' configurarsi come parte di una complessa rete di salute da garantire a trecentosessanta gradi. Tuttavia, ciò non è assolutamente in atto (salvo esperienze relativamente più avanzate come quella dell'Emilia-Romagna). Ciò a fronte dell'opinione dei rispondenti all'indagine che convergono sul riconoscimento del ruolo fondamentale del servizio di "tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita associati a determinanti climatici e ambientali", previsto nell'ambito della rete dalla rete sopra citata (41,3% d'accordo e 47,8% molto d'accordo, tra gli intervistati operatori dei dipartimenti Prevenzione).

Dalla rilevazione sembrano emergere scarse evidenze di potenziamento delle risorse organizzative e professionali, rispetto alla situazione, già difficile, riscontrata negli anni scorsi. D'altra parte, il **Decreto Ministeriale n. 77/2022**, regolamentando il bacino di utenza, si concentra sugli aspetti demografici e territoriali dell'erogazione dei servizi dei

DP, **senza stabilire criteri uniformi per la dotazione di personale a livello nazionale**. La dinamica di riassetto organizzativo di gran lunga prevalente avvenuta negli ultimi dieci anni, parallelamente alla crescita delle dimensioni delle aziende sanitarie, sembrerebbe essere quella dell'accorpamento. Questo orientamento ha prodotto in plurime situazioni dei mega-dipartimenti, con oltre un terzo dei rispondenti all'indagine ha riportato almeno un accorpamento avvenuto a partire dal 2012, con una media di 2, 3 dipartimenti accorpati. Nell'indagine si segnala anche - genericamente - un'esigenza di una riforma nazionale che ridefinisca gli standard organizzativi.

Lo stato delle cose, i grandi cambiamenti epocali intervenuti a distanza di diversi decenni dalla produzione di norme che 'organizzarono' l'attuale settore, impongono a nostro avviso cambiamenti radicali. **Il rafforzamento e la riorganizzazione delle strutture pubbliche per la prevenzione collettiva** passano attraverso il reintegro del personale e **l'integrazione tra le attività di epidemiologia e di sanità pubblica** relative agli ambienti di vita e di lavoro, l'igiene degli alimenti, la medicina veterinaria con le attività dei dipartimenti territoriali delle ARPA.

Sarebbe, dunque, necessaria una **rivisitazione nell'assetto istituzionale organizzativo dei servizi**. La progettazione di nuove entità organizzative integrate ambientali-sanitarie a livello locale, regionale e nazionale. L'integrazione funzionale delle due componenti, ambientale e sanitaria, presuppone, altresì, una rivisitazione dei rapporti interni delle varie componenti della Prevenzione (igiene e sanità pubblica, la sanità veterinaria e la sicurezza alimentare, l'Igiene e la sicurezza dei lavoratori, l'educazione alla salute, l'epidemiologia, anche e soprattutto quella ambientale). Pur tenendo conto delle differenze a livello regionale, a volte molto marcate, queste componenti si sono negli anni sempre di più separate per vari motivi. Tra questi, una profonda trasformazione delle attività di prevenzione, centrate in passato sull'attività di **valutazione preventiva di Piani e progetti**, che riguardava tutti gli insediamenti produttivi, ma anche gli strumenti urbanistici, gli impianti sportivi, ricreativi, ricettivi, scolastici. In questo quadro, sarebbero anche da assegnare al coordinamento dei Distretti le prestazioni di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni, screening dei tumori, certificazioni varie).

Un altro elemento assai critico per lo sviluppo delle attività di prevenzione è la formazione accademica. È stato già segnalato che, circa le scuole di specialità medica, emerge una maggiore adesione per quelle che hanno un più alto potenziale di sviluppo 'di mercato' e collocazione professionale privatistica. A questo proposito, sarebbe interessante una rilevazione sull'evoluzione - o involuzione - del numero delle specialità delle facoltà di medicina maggiormente inerenti i servizi di prevenzione collettiva (medico igienista, medico del lavoro, medico veterinario, ...).

6. LA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO

La “causa delle cause” è rappresentata dal modo di produzione, dalle condizioni di lavoro, dalla precarietà, dagli appalti al massimo ribasso e dalla diffusione dei subappalti⁴⁴. È urgente innovare decisamente il sistema pubblico dei controlli ed incrementare l’efficacia preventiva. Al contrario, recenti cambiamenti del DLgs 81/08 tendono a portar fuori dal governo complessivo della Sanita il tema della sicurezza nei luoghi di lavoro, insieme al perseguimento della separazione delle funzioni di vigilanza dal complesso delle attività di Prevenzione.

Giungono segnalazioni problematiche anche per quanto riguarda la pratica operativa dei servizi di prevenzione: la tendenza ad una pericolosa burocratizzazione, con la prevalenza degli input ‘dall’alto’ (Regione o Ministero) per la programmazione (‘i numeri’ da fare ...), senza adeguata valorizzazione delle problematiche specifiche di territorio. “Chi dà la linea è lontano dalla realtà”, ha dichiarato recentemente una dirigente di servizio.

Nella pubblicistica corrente hanno fatto - giustamente - molta impressione alcuni eventi collettivi di morti sul lavoro⁴⁵, ma ricorrono spesso anche interventi sul peggioramento degli indicatori generali su infortuni e malattie del lavoro^{§§}, **con il numero di eventi mortali denunciati che si mantiene superiore a mille negli ultimi anni.**

Risultano, in particolare, le seguenti evidenze:

- i lavoratori precari hanno un rischio di infortunio doppio rispetto a quelli più stabilizzati;
- i lavoratori stranieri hanno un rischio di infortunio più elevato;
- più della metà (54%) degli infortuni gravi e mortali è dovuta a cause connesse con l’organizzazione del lavoro; questa percentuale è anche maggiore negli infortuni plurimi;
- circa il 60% delle sanzioni comminate dalle ASL riguarda fattori inerenti all’organizzazione del lavoro;
- infortuni da rischio chimico: il 49% si verifica nei settori Servizi, Costruzioni, Metalmeccanica; solo il 6% nel settore chimico;
- infortuni in edilizia: si stima che il 70% avvenga in regime di appalto/subappalto;
- in conseguenza dell’allungamento dell’età lavorativa, il 30% dei deceduti aveva più di sessant’anni e sono addirittura 157 gli ultrasessantenni morti sul lavoro nel corso del 2024^{***}.

“*Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro: nel 2008 vi erano 5.060 operatori, nel 2018 sono 3.246*”. Così scriveva la Consulta interassociativa per la Prevenzione (CIIP) nella Lettera al Governo Draghi, del 7 maggio 2021. Da allora vi sono stati diversi provvedimenti, ma il loro profilo si è caratterizzato per settorialità, frastagliamento delle norme, interventi a spot, disorganicità con conseguenti criticità applicative quando non

^{§§} A questo proposito la *Consulta interassociativa per la Prevenzione (CIIP)* ha messo a punto un interessante percorso di lettura degli Open Data Inail, nel quale, tra l’altro, si analizza il fenomeno del mancato riconoscimento (differenza tra eventi denunciati e riconosciuti).

^{***} Anche a livello europeo si segnalano livelli di preoccupazione: “...despite improvements over the last decades, occupational safety and health challenges in the EU remain significant with serious consequences for the individual worker, companies and society”. (EU-OSHA Strategy 2025–2034).

svariamenti, modifiche che non tengono conto delle possibili contraddizioni/sovrapposizioni che si creano con altre norme preesistenti mancando un disegno complessivo⁺⁺⁺.

Recentemente è stato varato dal Ministro del Lavoro il *Piano integrato per la salute e la sicurezza sul lavoro* (decreto Min Lavoro 195/2024), già oggetto di puntuali critiche che ne illustrano l'inefficacia⁺⁺⁺. Ad esempio, si tace dell'esistenza di un Piano nazionale prevenzione 2020-2025 (PNP) e di Piani regionali di prevenzione, in cui sono individuati temi prioritari, settori e modalità di intervento per le attività di vigilanza e supporto. La relativa titolarità è, storicamente, in capo al Servizio per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro delle Asl e in cui l'Ispettorato del lavoro è stato solo recentemente coinvolto più ampiamente, senza avere esperienza e personale competente rispetto al complesso delle tematiche legate alla salute e sicurezza sul lavoro. Inoltre, elemento altrettanto grave, **le parti sociali**, tradendo gli orientamenti comunitari e internazionali, **non vengono coinvolte nella definizione del Piano integrato**. Di fronte alla presa in considerazione dei soli soggetti Inail e Ispettorato del Lavoro, l'iniziativa varata il 23 dicembre scorso risponde forse alla denuncia costante e documentata della perdita di forze e competenze operanti nei Dipartimenti di prevenzione delle Asl? Il provvedimento è davvero rivelatore della dimensione riduttiva che il Piano propone e come si stia cercando con piccole modifiche, di volta in volta, di **chiudere la stagione del Sistema di prevenzione nazionale definito per legge negli anni '70**.

Di contro, alcune linee strategiche per innovare decisamente il sistema pubblico dei controlli ed incrementare l'efficacia preventiva in questo settore sono state da tempo evidenziate.

- La “patente a crediti” è di scarsa reale efficacia, anche in quanto arretramento rispetto a quanto previsto dal DLgs 81; è stato eliminato l'art 27 D.Lgs. 81/08 sulla

⁺⁺⁺ La proliferazione di modifiche normative riguardanti la SSL e la regolarità dei rapporti di lavoro (2 argomenti diversi ma strettamente correlati) sbagliata nel metodo e nel merito: DL 146/21 e quindi L. 215/21 (estensione competenze a INL, norme relative al preposto); DL 48/23 (Decreto Lavoro) e quindi L. 85/23 (sorveglianza sanitaria per rischi valutati, rinnovo accordi formazione, utilizzo attrezzature); DL 19/24 e quindi L. 56/24 (PNRR) (patente a crediti); D.Lgs. 103/24 (Semplificazioni controlli attività economiche) (preavviso ispezione, esonero successi, patente di azienda a basso rischio che limita i controlli peraltro basato solo su certificazioni, diffida amministrativa); DdL che introduce norme relative alla sorveglianza sanitaria, attribuzione all'INL dell'autorizzazione in deroga all'utilizzo di seminterrati e interrati attualmente e da più di 40 anni di competenza delle ASL, sembra cancellare la sorveglianza sanitaria per i rischi valutati, introdotta dalla L. 85/23. Alcune misure di semplificazione dei controlli: che non semplificano ma sono piuttosto all'insegna del “non disturbare il manovratore”. La questione del preavviso, della soglia bassa che limita i controlli e basata su autocertificazioni. Per fortuna questo non riguarda i controlli sulla Salute Sicurezza Lavoro.

Circa la questione del coordinamento del sistema dei controlli tra i vari enti, nel ribadire che Salute e Sicurezza Lavoro e regolarità dei rapporti di lavoro sono argomenti diversi, i cui accertamenti richiedono professionalità estremamente diverse, ma che sono strettamente correlati, è da ricordare l'accordo del 27/7/2022 (predisposto nell'ambito del Comitato ex art. 5 DLgs 81/08 e firmato dalla presidenza del Consiglio dei Ministri), ma completamente disatteso a livello centrale (meno nei territori, dove prevalgono le necessità operative). Il coordinamento, la scelta condivisa delle priorità, ma anche il sistema sanzionatorio, deve basarsi su un adeguato Sistema Informativo, ancora oggi in embrione e scarsamente utilizzato nel sistema dei controlli. (da: *Susanna Cantoni – convegno Ambiente e Lavoro, Bologna 2024*).

⁺⁺⁺ ...”siamo, ancora una volta, sul terreno del colpo di scena che ignora l'esistente: ovvero ignora i percorsi già tracciati da decenni di esperienza ..., ma ignora anche i danni causati da decenni di trascuratezza e di volontaria sottovalutazione, che ha visto metodicamente non considerare le proposte in grado di affrontare le vere criticità del Sistema prevenzione nel nostro Paese. Proposte avanzate da professionisti, da coloro che operano sul campo e che gestiscono da decenni vigilanza e supporto alle imprese (esperti, operatori della prevenzione, Regioni), ma anche organizzazioni sindacali, strutture della bilateralità” (<https://www.repertoriosalute.it/approvato-il-piano-integrato-per-la-salute-e-la-sicurezza-sul-lavoro-cambio-di-marcia-o-solo-un-nuovo-colpo-di-scena/>)

“qualificazione delle imprese”: questa si dovrebbe essere una misura di carattere preventivo che attendiamo da anni^{§§§}.

- Le attività di controllo devono accompagnarsi, laddove possibile, con attività di assistenza, metodologia da tempo adottata oggi definita dal PNP con i Piani mirati; ciò al fine di aiutare soprattutto le piccole imprese nella applicazione adeguata delle norme.
- Le attività di controllo dovrebbero riguardare l'intera filiera, in considerazione della ormai abituale esternalizzazione di molte attività, spesso rischiose (in particolare manutenzioni ordinarie e straordinarie, pulizie), con appalti e subappalti, e del fatto che proprio in queste tipologie di attività si riscontrano spesso infortuni gravi e mortali.
- Occorre indagare più intensamente il rapporto tra committente e appaltatori/subappaltatori, tra chi coordina e chi è coordinato. È qui il punto in cui si annidano i problemi: deleghe in bianco, assenza di controlli interni, di fatto la esternalizzazione dei rischi. Istituire i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) di filiera con cui gli organi di vigilanza dovrebbero rapportarsi.
- Misure per ridurre il numero di contratti nazionali pirata.
- Sostegni alle imprese, incentivi a ristrutturazioni, interventi previsti dal PNRR, con la previsione di investimenti per la SSL.
- Misure per favorire la rottamazione di macchine e attrezzature insicure (es. trattori, mezzi di trasporto da lavoro, ...).
- Estensione dell'assicurazione INAIL (più del 30% dei lavoratori non è assicurato INAIL).
- Miglioramento dei rapporti tra operatori pubblici della prevenzione e magistratura (mancato ritorno degli esiti rapporti; mancanza di momenti di confronto e aggiornamento su temi generali).
- Adeguare le risorse per i servizi di prevenzione Asl e le Agenzie regionali per l'Ambiente.

Il D.Lgs. 81/08 resta un valido pilastro. Potrebbe aver bisogno di alcuni aggiornamenti alla luce di alcuni cambiamenti nel mondo del lavoro (IA, lavori con algoritmi, violenze, ...) e di farlo rispettare non solo formalmente⁴⁶. Le modifiche finora attuate, invece, sono interventi disorganici, presentano molte criticità applicative, sono per lo più inefficaci, addirittura controproducenti verso la prevenzione, unicamente improntate alla repressione formale; critiche sottolineate anche nell'ultima relazione della Prima Presidente della Corte Suprema di Cassazione Margherita Cassano, ricca di utili indicazioni e spunti di riflessione⁴⁷.

Magistratura Democratica ha ben sintetizzato quanto è indispensabile fare: **non demagogia panpenalistica, ma le necessarie riforme**⁴⁸.

^{§§§} Sono già stati identificati criteri *inderogabili* (informazione, formazione, addestramento, DURC, presenza di personale, in percentuale non inferiore al 30% degli addetti con esperienza almeno triennale nel settore di riferimento, valutazione dei rischi, sorveglianza sanitaria, misure di gestione delle emergenze, fornitura, possesso, corretto utilizzo e manutenzione dei dispositivi di protezione individuale e di attrezzature di lavoro di cui al d.lgs. n. 81/2008; l'integrale applicazione degli accordi o contratti collettivi di riferimento, ecc.) e altri *preferenziali* (certificazione dei singoli contratti di lavoro, e dei singoli contratti di appalto o subappalto, ai sensi del Titolo VIII, Capo I, del d.lgs. n. 276/2003, l'adozione e la efficace attuazione da parte delle imprese di modelli di organizzazione e gestione rispettosi delle disposizioni di cui all'art. 30 del d.lgs. n. 81/2008); ... in caso di appalti, il rapporto tra entità dei lavori e n° lavoratori/capitale versato ...

7. I DETERMINANTI COMMERCIALI E LE STRATEGIE DI INTERVENTO

Nell'ambito dei determinanti sociali di salute, il Pp tratta di uno specifico ambito, cioè dei determinanti commerciali di salute (DCdS) che sono fattori più circoscritti e riconducibili a responsabilità più delimitate e identificabili. L'Oms ha definito i DCdS come "le attività del settore privato che hanno un impatto negativo o positivo sulla salute" (Who, 2022)⁴⁹, ampliando la definizione a suo tempo data che li circoscriveva alle strategie utilizzate dal settore privato per promuovere prodotti e scelte che sono nocivi per la salute⁵⁰.

Le industrie che causano danni significativi alla salute, in particolare in un'analisi della problematica a livello internazionale, non si limitano alla produzione di tabacco, alcol e alimenti ultra-processati, ma anche ai sostituti del latte materno, la gioco d'azzardo, ai combustibili fossili, alle attività estrattive minerarie ecc.

A tale ampio ambito di attività è stata dedicata una serie di articoli nel 2023 dalla rivista Lancet⁵¹, che esamina le strategie aziendali che hanno avuto impatti sulla salute a livello globale e che qui richiamiamo in sintesi.

Queste strategie comprendono la **deregolamentazione, privatizzazione e liberalizzazione del commercio e degli investimenti** che hanno contribuito a globalizzare l'epidemia di tabacco, la obesità e le malattie non trasmissibili.

I canali di azione del settore privato sono fondamentalmente quattro: i) il **marketing** che promuove la desiderabilità e la accettabilità di prodotti nocivi alla salute; ii) **le azioni di lobbying** che cercano di frenare o interrompere le barriere messe in atto dalle autorità regolatorie; iii) la messa in atto di **politiche di "corporate social responsibility"** che servono a illudere il grande pubblico circa un presunta responsabilità sociale degli stessi produttori di prodotti nocivi; iv) la massiccia e progressiva **estensione delle catene di distribuzione**. Altri autori identificano ulteriori canali di azione, diversi da quelli sopra enunciati. Secondo questi autori tali canali sono: i) influenzare e **ridefinire la narrazione dominante**; ii) **stabilire le regole** che la società utilizza per regolare il commercio; iii) trasformare la **conoscenza in prodotto commerciale**; iv) **minacciare i diritti** politici, sociali e economici⁵².

In molti casi l'industria ha effettuato - anche nel nostro paese - una forte, e fruttuosa, opposizione alla introduzione di misure legali che limitano il marketing dannoso, sostenendo, ad esempio, che fosse sufficiente l'autoregolamentazione, mentre i codici di condotta si sono generalmente rivelati inefficienti⁵³; Inoltre **le scelte individuali**, specie nelle persone più vulnerabili sotto il profilo culturale e sociale, sono **fuorviate da un marketing che mina i comportamenti sani**.

Pertanto affrontare di Determinanti economici e commerciali di salute, con iniziative politiche complessive, risulta fondamentale per ridurre la rilevanza del diabete, del cancro, delle malattie cardiache e di altre malattie non trasmissibili.

L'Oms Europa ha stimato che circa 2,7 milioni di decessi all'anno (2021), pari a quasi un quarto della mortalità complessiva è attribuibile a quattro principali prodotti commerciali (alcol, tabacco, alimenti e bevande trasformati e combustibili fossili) e alle pratiche commerciali, come l'esposizione a cancerogeni, asmageni e infortuni legati all'attività professionale.

Tabella 1. Estimated annual number of deaths attributed to four commercial products (tobacco, alcohol, food and fossil fuel) and commercial practices in the WHO European Region, 2021

Industry sector	All causes of deaths (mean value)	
	Number	Percentage
Tobacco	1 151 575	10.37
Alcohol	426 857	3.84
Diet high in processed meat	117 290	1.06
Diet high in sodium	252 187	2.27
Diet high in sugar-sweetened beverages	15 606	0.14
Diet high in trans fatty acids	6 056	0.05
Fossil fuel (ozone pollution and particulate matter pollution)	578 908	5.21
Occupational risks	174 732	1.57
Total deaths attributed to commercial products and practices in the WHO European Region	2 723 211	24.5

7.1 Tabacco

Al fumo sono attribuibili, in Italia, circa 90.000 decessi annui. Inoltre il consumo di tabacco ha un elevato effetto sul costo dei servizi sanitari. Solo nell'ambito dei costi per i ricoveri ospedalieri quelli correlati all'uso del tabacco comportano almeno il 6% della spesa⁵⁴. Un intervento di prevenzione su tale determinante commerciale avrebbe anche rilevanza sulla sostenibilità della spesa sanitaria.

Il Who, nella sua conferenza di Dublino del giugno 2025, ha approvato una dichiarazione che individua le strategie per il controllo del tabacco⁵⁵. Adattando tali strategie alla realtà italiana elenchiamo i necessari interventi da attuare:

- 1. dare priorità all'aumento della tassazione** per ridurre l'accessibilità economica di tutti i prodotti del tabacco e dei prodotti a base di nicotina non medicinali****. Un incremento del costo del tabacco è il fattore più efficace per ridurre i consumi, con un effetto rilevante in misura maggiore fra i giovani e nelle fasce di reddito più basse. Un aumento del 10% del costo delle sigarette porta a una riduzione del 4 % del consumo negli adulti e del 7 % nei giovani (Tauras 2001)⁵⁶ La letteratura in proposito è vastissima e riguarda popolazioni in diversi stati e continenti (Kazuyuki Uji, 2023)⁵⁷. In Italia il costo medio del pacchetto è di 6,20 €, a fronte di 13 € in Irlanda e Norvegia, 10 € nel Regno Unito, 12 - 12,50 € in Francia e 7 € in Germania. L'associazione italiana di oncologia medica, riprendendo una ipotesi di incremento del costo delle sigarette a suo tempo avanzata da Slow medicine e dall'Istituto Mario Negri ⁵⁸, sottoscritta da molteplici società scientifiche, ha recentemente proposto un incremento di 5 €, che comporterebbe un notevole gettito per lo Stato, da investire nel SSN;
- 2. attivarsi per l'approvazione della proposta di incremento delle accise a livello europeo** su tutti i prodotti del tabacco⁵⁹;

**** La legge di bilancio 2024 ha inserito un aumento della tassazione irrisoria, di circa 20 centesimi a pacchetto, che ha portato il costo delle sigarette nel 2025 (20 pezzi) fra 5.30 a 6.50 in relazione alle diverse marche; un aumento che non determinerà un impatto di qualche rilievo sui consumi.

3. **aumentare le aree, anche all'aperto, in cui sia vietato fumare**, in analogia a quanto effettuato in Francia, in cui dal 29 giugno 2025 il fumo è vietato in moltissimi spazi pubblici: in spiaggia, nei parchi e nei giardini pubblici, a meno di dieci metri da scuole, negli impianti sportivi, biblioteche e pensiline dell'autobus. L'obiettivo è duplice: proteggere dal fumo passivo, in particolare i bambini e ridurre complessivamente l'abitudine al fumo;
4. **rifiutare collaborazioni con organizzazioni che lavorano con l'industria del tabacco** o che sono finanziate da essa;
5. **ritenere l'industria del tabacco responsabile** dei danni che causa, anche attraverso azioni legali;
6. **rafforzare il monitoraggio** e l'applicazione di un divieto totale di tutte le forme di pubblicità, promozione e sponsorizzazione del tabacco, inclusa la rappresentazione del tabacco nell'intrattenimento e nei media digitali;
7. **implementare l'educazione sanitaria e i programmi di trattamento** della dipendenza da tabacco e nicotina⁶⁰.

7.2 Alcol

Come noto l'alcol rappresenta un fattore di rischio per varie patologie e, in particolare per i tumori: cavo orale, faringe, laringe, esofago, stomaco, colon-retto, fegato, colecisti e pancreas.

La prevalenza dei consumatori in Italia è tra i maschi del 77,4%, nelle femmine del 57,5%. Il 19,3% dei consumatori, ossia 10 milioni e 310 mila persone, beve quotidianamente, con una percentuale più alta tra i maschi (28,4%) rispetto alle femmine (10,7%). Nel 2022 si è registrato un lieve aumento del consumo di alcol rispetto all'anno precedente (Istat, 2022).

Vi sono molteplici interventi di carattere normativo che risultano efficaci sul consumo di alcol⁶¹ e che potrebbero essere messi in atto anche in Italia.

1. **Una politica fiscale** finalizzata a determinare, incrementandolo, i prezzi degli alcolici⁶², che possa tenere conto, del contenuto alcolico della bevanda.
2. **Vietare o limitare l'uso di promozioni** dirette e indirette sui prezzi, vendite scontate, vendite sottocosto e tariffe fisse per il consumo illimitato di alcolici o altri tipi di vendite a volume.
3. **Regolamentare il numero**, la densità e la localizzazione di negozi che vendono alcolici.
4. **Regolamentare e controllare gli orari** di vendita di alcolici.
5. **Regolamentare e controllare li limiti di età** degli acquirenti di alcolici.
6. **Informare**, dove si consumano alcolici, sui limiti imposti dal nuovo codice della strada 2025 per chi guida e rendere nel caso disponibili misuratori del tasso alcolico.

La efficacia delle misure sopra elencate varia da paese a paese. La fiscalità con l'incremento dei costi risulta efficace, mentre le altre misure sono correlate al senso civico e alla capacità e frequenza di controlli (sull'età degli acquirenti, gli orari dei negozi, la loro concentrazione nelle realtà urbane, anche in relazione a competenze dei diversi

livelli di governo (Comune, Regione, Stato). Nella realtà italiana tali controlli risultano scarsamente efficaci, come appare evidente rispetto ad altre problematiche, quali la capacità di controllo della evasione fiscale.

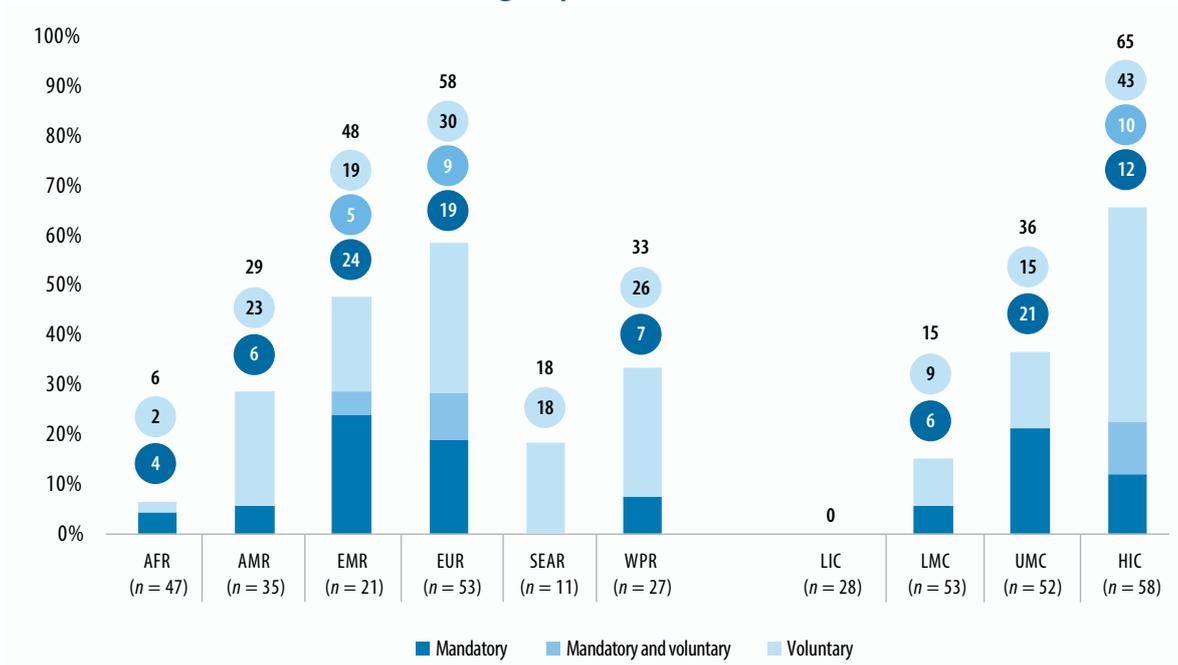
7.3 Cibo spazzatura

Il termine è la traduzione della espressione Junk food, utilizzata la prima volta negli Usa nel 1951. Con tale locuzione ci si riferisce a cibo preparato industrialmente o preconfezionato con un elevato contenuto di grassi, sale, zucchero. Il riferimento prioritario era ai fast food, che si sono diffusi anche in Italia, tenendo conto che il 28% dei consumatori tra i 18 e i 34 anni mangia fast food o junk food almeno una volta alla settimana; tale percentuale scende al 9% per gli over 5463.

Come noto una delle **conseguenze del consumo del cibo spazzatura (c.s.) è l'incremento della obesità** che, in Italia (come in molti altri paesi) è particolarmente evidente nelle fasce di età giovanili, considerando che nel corso di 20 anni (2003 - 2023), la prevalenza di obesi nella fascia 18-34 anni è passata dal 2,6 al 6,6 per cento, raddoppiando tra gli uomini e triplicando tra le donne; nella fascia di età 35-44 è passata dal 6,4 al 9,8 per cento⁶⁴.

Fattore di rischio è rappresentato dal **sale**. L'associazione del consumo di sale con ictus e malattie cardiovascolari è ampiamente documentato sia da revisioni della letteratura⁶⁵ che da studi osservazionali sui diversi consumi delle popolazioni⁶⁶. I consumi di sale sono elevati in Italia, con 9.7 g di sale al giorno, rispetto a altri paesi europei (Francia 7.6, Spagna, Olanda e Danimarca 8.2, Grecia 8.3, Germania 8.7, Portogallo 8.9). Sebbene vi siano alcune prove sulla potenziale efficacia e sul rapporto costo-efficacia della tassazione del sale, l'adozione pratica di tale misura è limitata. Alcuni studi hanno evidenziato che tassare tutti gli alimenti in base al loro contenuto di sale abbia probabilmente un impatto maggiore rispetto alla tassazione di prodotti specifici ad alto contenuto di sale, dato che il sale è presente nella filiera alimentare⁶⁷. Il Who ha recentemente dedicato un ampio rapporto sul tema⁶⁸, evidenziando i vari approcci a livello internazionale.

Figura 7. Proportion of Member States implementing mandatory and/or voluntary reformulation policies to reduce sodium content in food by WHO region, and World Bank income group



In Italia, oltre alla normativa su gli alimenti che impongono di indicare il contenuto di sodio nell’etichetta, si sono avviate campagne di informazione e alcuni accordi con settori alimentari (produzione di pane) per una riduzione del contenuto di sale.

L’eccessivo consumo di **zucchero** ha effetti sulla salute, essendo un fattore che favorisce l’incidenza di obesità e diabete. È stata anche evidenziata una correlazione con alcuni tipi di tumore (mammella, colon retto e pancreas).⁶⁹ Ha inoltre effetto sull’incremento di fattori di rischio per le malattie cardiovascolari⁷⁰. La normativa fiscale si pone l’obiettivo di tutelare la salute pubblica, riducendo l’incidenza di tali patologie, di generare entrate fiscali da reinvestire in programmi di salute pubblica e di educazione alimentare nonché incentivare i produttori a riformulare la composizione dei loro prodotti, riducendo il contenuto di zucchero.

In Inghilterra la Sugar tax è entrata in vigore nel 2018; i prodotti che sono rientrati nella tassazione sono aumentati del 13,5%, e lo zucchero venduto attraverso di essi è diminuito del 39,8%. Ciò è dovuto al fatto che sono stati venduti meno prodotti con elevate concentrazioni di zucchero, e più prodotti a basso tenore, e cioè che la tassazione ha spinto i consumatori verso le bevande meno dolci, il contenuto di zucchero è scesa del 47,7%, quella per calorie del 42,2%.

Nel loro insieme, le cifre ufficiali, fornite da un’agenzia governativa, confermano quindi, ancora una volta, che la Sugar tax, se formulata correttamente e inserita in un programma complesso è efficace e contribuisce a modificare la formulazione dei prodotti peggiori, aumentando al tempo stesso la consapevolezza dei consumatori⁷¹.

In Italia i consumi di zucchero sono molto elevati: 83 gr al giorno contro i 25 gr indicati per una dieta di 2000 calorie e una soglia massima di 50 gr.

Una normativa è stata sollecitata negli anni con autorevoli interventi di professionisti e società scientifiche; una prima formulazione era stata messa a punto in Italia nell’ambito della legge di bilancio 2020. Milena Gabanelli e Simona Ravizza, esaminando tale proposta, evidenziavano

come la situazione nel nostro mercato alimentare fosse particolarmente preoccupante; ad esempio, la quantità di zucchero contenuta in una lattina tipica da 330 ml, di Fanta venduta in Italia è di 39 grammi, in Germania 30, in Francia 21, in Inghilterra 15. Tuttavia, la normativa proposta, avrebbe avuto poco impatto sui consumi e “...la politica anziché *aggiustare il tiro per rendere la norma più efficace, litiga. Per Matteo Salvini «è una roba da matti», per Matteo Renzi una follia*”⁷².

La normativa ha fatto successivamente pochi progressi e l’aliquota prevista è stata dimezzata e poi l’entrata in vigore rinviata per 8 volte fino al 1° luglio 2025^{****}.

Vi sono alcuni elementi chiave nella messa a punto di tasse (accise) su quello che il documento europeo definisce HFSS (high in fat, salt and sugar), affinché abbiano un effetto sulla salute e che qui richiamiamo in sintesi:

- le imposte sull'HFSS dovrebbero essere introdotte a livello di governo centrale;
- le aliquote fiscali non dovrebbero essere troppo basse per conseguire un cambiamento comportamentale dei consumatori;
- le imposte sull'HFSS dovrebbero essere basate sui nutrienti e non sui prodotti; progressive in base al contenuto nutrizionale prefissato, per incoraggiare i produttori a riconsiderare, modificare e riformulare i loro prodotti;
- le imposte sulle bevande zuccherate e zuccherate ad alto contenuto di grassi saturi (HFSS) dovrebbero concentrarsi innanzitutto sulle bevande zuccherate e zuccherate ad alto contenuto di grassi saturi (SSB);
- dovrebbero essere prese in considerazione esenzioni per i piccoli produttori indipendenti fino a una certa soglia, poiché i costi di conformità e l'onere fiscale sarebbero probabilmente sproporzionati per i produttori più piccoli⁷³.

^{****} L’entrata in vigore è stata ulteriormente rinviata dal Governo al gennaio 2026.

8. LE ATTIVITA' DI SCREENING

Con il termine screening ci riferiamo, come indica l'ISS, alle indagini diagnostiche eseguite nella popolazione con lo scopo di identificare i soggetti con una patologia o che sono a rischio di svilupparla. Tali procedure sono eseguite su tutta la popolazione (o fasce di popolazione) in individui che normalmente non hanno alcun sintomo né segno clinico di malattia. Lo scopo dello screening è quello di individuare, in fase precoce e in assenza di sintomi, le malattie per attuare interventi terapeutici tempestivi in modo da ridurre la mortalità e/o le complicazioni della malattia⁷⁴.

Il Pp intende pertanto sottoporre alla discussione l'attività di screening sulla popolazione in corso in Italia: gli screening oncologici, per valutare le adeguate politiche finalizzate a implementarne l'appropriatezza, la diffusione e al fine di ridurre le disuguaglianze territoriali e sociali. Le osservazioni riferite a tale attività, e in particolare allo screening per il tumore della mammella, sono applicabili anche ad altri ambiti. Si intende inoltre valutare gli effetti distorsivi di iniziative promozionali o di offerte di diagnosi precoce, promosse da sistemi assicurativi anche nell'ambito del welfare aziendale o da associazioni professionali.

Si tratta pertanto di attività di diagnosi precoce, mentre il Pp non prende in esame gli screening per i fattori di rischio, quali ad esempio il colesterolo, altri lipidi ematici, ipertensione, ecc. Riteniamo infatti che la individuazione di tali fattori di rischio e i successivi provvedimenti, quali approfondimenti diagnostici, counseling con indicazioni sulle abitudini di vita quali attività fisica, alimentazione, riduzione del fumo interventi di disassuefazione,⁷⁵ trattamenti farmacologici ecc. siano azioni personalizzate sul profilo clinico, psicologico e sociale della singola persona, di competenza della medicina di iniziativa, con gli strumenti che sono stati messi a punto per valutare i rischi⁷⁶, specificamente dedicati ai medici di medicina generale^{***}.

Si tratta pertanto di una attività di prevenzione su pazienti cronici e su fasce di popolazione a rischio propria dei Mmg, in collaborazione con il Dipartimento di prevenzione, da svolgere nell'ambito delle Case di Comunità.

I criteri di valutazione per realizzare uno screening sono stati messi a punto dall'Oms⁷⁷ e ripresi dall'ISS e - ampliandoli - dal NHS⁷⁸. Li richiamiamo in sintesi, ritenendo che siano una "cartina di tornasole" per definire tali politiche sanitarie, sia da parte dei professionisti che dei decisori: 1. La condizione patologica deve essere **un problema importante di salute**, 2. Deve **esistere una terapia** per la patologia ricercata, 3. Devono esistere **strutture per la diagnosi e trattamento**, 4. Deve esistere uno **stadio latente della malattia**, 5. Deve esistere un test o esame per accertare la **patologia nella fase latente**, 6. Il test deve essere **bene accetto** dalla popolazione, 7. La **storia naturale della malattia** dovrebbe essere adeguatamente compresa, 8. Deve esistere un **accordo sui protocolli terapeutici** di terapia e su chi sottoporre a trattamento, 9. Il costo totale della scoperta di un caso dovrebbe essere **bilanciato economicamente** in relazione alla spesa medica nel suo complesso, 10. Il processo di screening dovrebbe essere **protratto nel tempo**.

*** Analoga è la indicazione (riferimento ai medici di prima assistenza) per la prevenzione dell'Ictus dell'American Heart Association e del l'American College of Cardiology pubblicate su Stroke 2024; 55: e344 – e 424.

In base a tali criteri appare evidente che la promozione, peraltro occasionale con autopresentazione, di check up, accompagnati anche da accertamenti strumentali, quali ecg, eco tiroide, ecc., talora sotto lo slogan: “prevenire è meglio che curare” o con la motivazione di “sensibilizzare la popolazione” rappresentano iniziative inappropriate, che evidenziano la scarsa professionalità dei promotori con l’obiettivo di un’auto promozione o, in molti casi, operazioni commerciali volte a istradare le persone verso percorsi diagnostici ed eventualmente terapeutici nell’ambito della sanità privata.

Eseguire check-up induce l’illusione, come ha recentemente affermato un documento di Slow medicine, sottoscritto da moti professionisti e ricercatori e inviato al Ministro della salute dal titolo significativo: “Vera e finta prevenzione”,⁷⁹ che i controlli periodici possano ridurre il rischio di ammalarsi. Un’ampia revisione sul Cochrane database⁸⁰ ha evidenziato che i check-up hanno un’influenza scarsa o nulla sul rischio di morte per qualsiasi causa (evidenza di elevata certezza), o sul rischio di morte per cancro (evidenza di elevata certezza), e probabilmente hanno un’influenza scarsa o nulla sul rischio di morte per cause cardiovascolari (evidenza di moderata certezza). Allo stesso modo, i controlli sanitari hanno un’influenza scarsa o nulla sulle malattie cardiache (evidenza di elevata certezza) e probabilmente hanno un’influenza scarsa o nulla sull’ictus (evidenza di moderata certezza).

8.1 Screening oncologici

I programmi di screening oncologico, indicati dal Piano nazionale oncologico⁸¹, sono offerti quali Livelli essenziali di assistenza (LEA) sin dal 2001 e confermati dal DPCM 12 gennaio 2017, sono i seguenti: screening cervicale: prevenzione del tumore del collo dell’utero nella popolazione femminile 25-64 anni; screening mammografico: diagnosi precoce del tumore del seno nella popolazione femminile 50-69 anni; screening coloretale: prevenzione del tumore colon-retto nella popolazione femminile e maschile 50-69 anni.

L’ Osservatorio nazionale Screening⁸² monitora tale attività, sulla base dei dati delle varie Regioni e ciò ci consente di conoscere i diversi livelli di adesione allo screening.

Le diversità territoriali sono rilevanti sia in termini di adesione che di organizzazione delle attività e di fasce di età a cui lo screening viene proposto.

Per quanto riguarda il Colon retto sono presenti tre diverse fasce di età: 50 - 69 biennale; 50 - 74 biennale; 50 - 69 biennale + 70 - 74 annuale in Emilia Romagna.

Più intricata la descrizione per la cervice uterina per l’incrocio fra il test per HPV e il Pap test.

Ci soffermeremo invece, in quanto maggiormente esemplificativo, su lo screening per il **tumore al seno**. La variabilità di approccio fra le Regioni è assai ampia, sia in termini di fasce di età che di periodizzazione:

- Puglia, Sardegna, Abruzzo, Molise si attengono alle indicazioni nazionali: 50 - 69 ogni due anni;
- Friuli Venezia Giulia ha abbassato la età di ingresso: 45 - 69 anni;
- Lazio e la Calabria hanno allungato l’uscita dallo screening: 50 - 74 anni;
- Marche ha definito questa fascia di età: 45 - 74 anni;

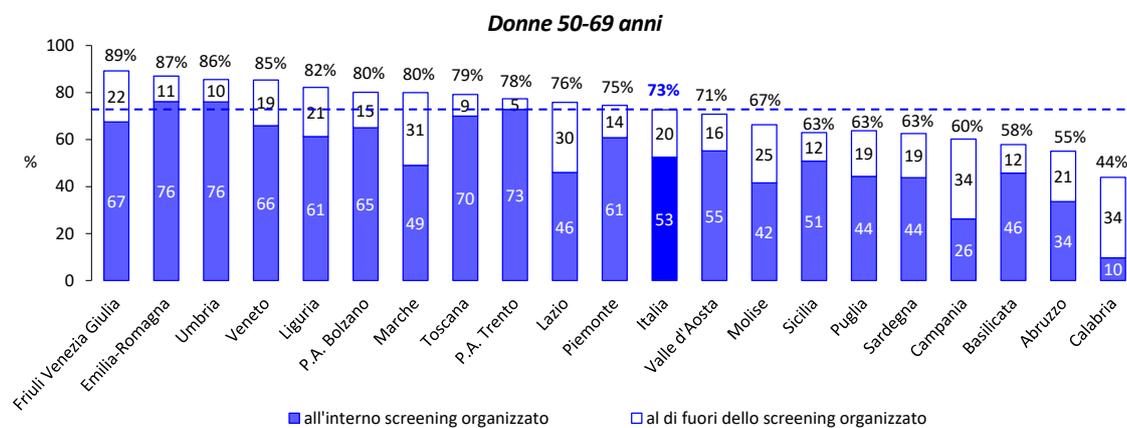
- Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Sicilia, Valle d’Aosta e Veneto hanno adottato una programma più esteso e più intensivo: 45 - 49 annuale + 50 -74 biennale a cui ha aderito anche il Piemonte tuttavia con adesione spontanea tra i 70 e i 75 anni;
- La Campania infine di caratterizza per diversità anche all’interno del proprio territorio: biennale, 45 - 69 in 4 Asl, 50 - 69 in 3 Asl⁸³.

Queste diversità non appaiono - tutte - giustificate, alla luce di criteri noti di una evidenza “appropriata” di efficacia, di benefici superiori ai danni e di costo-efficacia. È noto che vi sono differenze, nelle varie linee guida internazionali e in vari paesi, in merito a periodizzazione e fasce di età e quindi un ampliamento della offerta appare appropriato là dove, fra i 50 e i 69 anni si è raggiunta una adeguata o discreta copertura come ad esempio in Emilia-Romagna (76%), Toscana (70%), Veneto (66%). Incomprensibili appaio invece le iniziative di ampliamento del Lazio e delle Marche con una copertura nella fascia di età maggiormente a rischio: rispettivamente del 46% e del 49%; ancor più particolare le iniziative di ampliamento in Campania con una adesione allo screening del 36% e in Calabria dove l’adesione si ferma al 10%!

Veniamo pertanto al tema delle disuguaglianze in tale importante ambito di prevenzione.

A livello territoriale tutte le regioni del Sud Italia, oltre al Lazio, le Marche, sono al di sotto della media nazionale (53%), ma presentano i livelli più elevati di esami al di fuori dello screening non organizzato, non raggiungendo tuttavia, per le regioni del Sud, la media nazionale complessiva.

Figura 8. Esecuzione di una mammografia preventiva negli ultimi due anni (2022 - 2023)

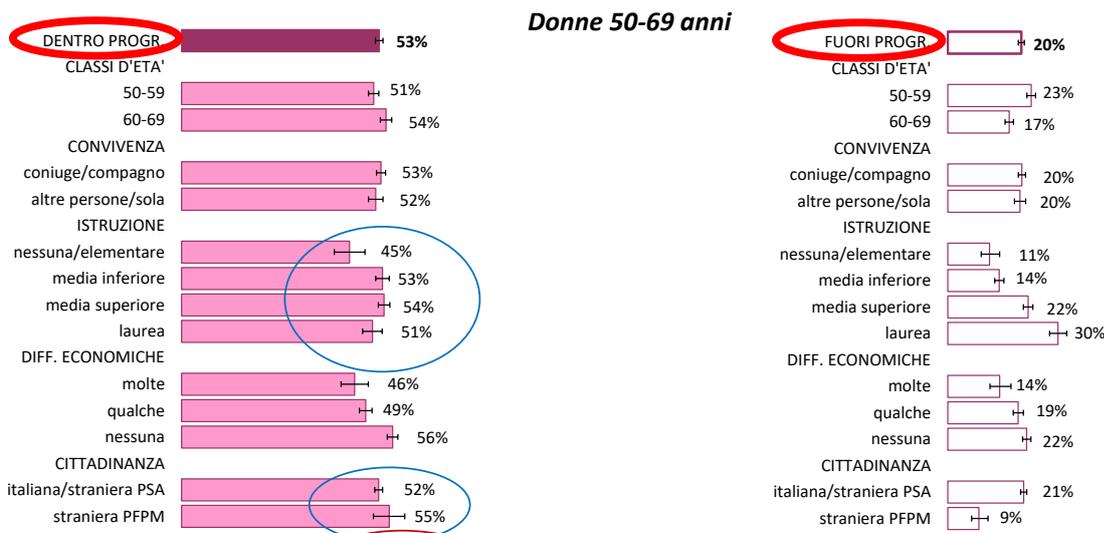


Dati Sorveglianza PASSI 2022-2023

Fonte: <https://www.osservatorionazionalescreening.it/content/lo-screening-della-mammella-visto-da-passi>

L’accesso alla mammografia, al di fuori dello screening organizzato, ha tuttavia una caratteristica, che è quella di essere assai **differenziata per istruzione e per cittadinanza,** mentre all’interno del programma tali disuguaglianze non sussistono.

Figura 9. Esecuzione di una mammografia entro 2, anni dentro il programma di screening e fuori del programma



Fonte: <https://www.osservatorionazionale screening.it/content/lo-screening-della-mammella-visto-da-passi>

Una iniziativa adeguata, nell'ambito dei tre programmi di prevenzione oncologica, dovrebbe mirare a:

1. **definire una strategia comune fra le Regioni**, con differenziazioni (incrementi dell'offerta per fasce di età e frequenza) sulla base degli obiettivi raggiunti;
2. **promuovere forme di partenariato fra Regioni**, finalizzate ad esportare le migliori pratiche nelle regioni che hanno una adesione inferiore alla media nazionale;
3. **mettere a punto iniziative specifiche mirate al superamento delle diseguglianze** con informazione e prossimità finalizzata volte a un riequilibrio di adesione e appropriatezza fra territori e fasce di popolazione. (zone interne, gruppi svantaggiati ecc.);
4. **disincentivare**, eliminando eventuali esenzioni fiscali e con un'azione di confronto con le organizzazioni sindacali su tale questione, **le attività di (pseudo) prevenzione in tale ambito**. Tali iniziative sono un **elemento di "inquinamento"** delle attività di screening programmato, realizzando in vari casi: una duplicazione di accertamenti con una sovraesposizione a radiazioni; una non rispondenza all'invito da parte del Ssn, con aggravii (nuovo richiamo ecc.); una over diagnosi ecc.

9. PRINCIPI FONDAMENTALI PER LA PREDISPOSIZIONE DI UN NUOVO PIANO DI PREVENZIONE 2026 - 2030

In Europa, grazie al miglioramento delle condizioni di vita, all'accesso a strumenti di anticipazione diagnostica e trattamento, e all'intervento su alcuni fattori di rischio si è assistito ad un progresso costante nella speranza di vita nel periodo 1990-2011; successivamente tale progressione è rallentata, essenzialmente per il mancato ulteriore miglioramento nell'incidenza di malattie cardiovascolari e tumori dovuta alla stabilità o addirittura all'aumento di altri fattori di rischio, come l'elevato body mass index e l'inattività fisica⁸⁴.

Nell'articolo di Ugai et al del 2022⁸⁵ viene discusso l'incremento dell'incidenza di alcune forme tumorali (mammella, colon-retto, endometrio, esofago, vie biliari, rene, tiroide, pancreas, stomaco, fegato, testa/collo, midollo, prostata) nelle persone di età inferiore a 50 anni: se certamente il miglioramento delle capacità diagnostiche svolge un ruolo, gli Autori richiamano l'attenzione sul cambiamento multigenerazionale dell'esposoma (dieta, sedentarietà, obesità, inquinamento ambientale, ecc.). Le evidenze suggeriscono **un ruolo eziologico delle esposizioni a fattori di rischio nelle prime fasi della vita e nella giovane età adulta** e vengono proposte misure in grado di ridurre il carico dei tumori.

Esiste quindi uno spazio di azione a disposizione del SSN importante per la prevenzione e la riduzione delle complicanze delle malattie, che deve agire nelle fasi precoci dell'esistenza.

L'approccio che è stato fin qui in prevalenza adottato è quello basato sulla promozione individuale della salute, come i consigli preventivi da parte dei medici e pediatri dell'assistenza primaria. Benché questi approcci di promozione individuale della salute siano necessari, essi si sono rivelati insufficienti, e in alcune situazioni hanno teso ad ampliare le differenze tra classi sociali per la migliore adesione ad azioni preventive da parte degli strati sociali più istruiti. La prevenzione delle malattie si deve dunque attuare con una combinazione di interventi strutturali, incluse le politiche non strettamente sanitarie, come la pianificazione del territorio o la promozione di consumi sostenibili, e di interventi individuali.

Il precedente Piano, lungo oltre 200 pagine, era denso di concetti condivisibili, la cui traduzione operativa e, ancor di più, l'impatto in termini di salute non è di fatto possibile verificare, se non in termini di processo.

In questo senso, il prossimo **Piano Nazionale della Prevenzione** non dovrebbe limitarsi alla proposizione di principi e di cornici valoriali da consegnare alle regioni per riversare al proprio interno contenuti difficilmente riconducibili ad un disegno coerente, se non in termini teorici; deve **individuare le azioni e gli obiettivi di salute da realizzare centralmente, con relativi indicatori di processo e di esito**, anche con riferimento alle politiche extrasanitarie, in un'ottica di cobenefici e di contrasto alle disuguaglianze.

Le evidenze scientifiche, a partire dalla lista dei *best buys* proposta dal WHO, segnalano la necessità di mettere a punto iniziative legislative e/o regolamentari che possono essere promosse solo a livello statale, come ad esempio la tassazione delle bevande zuccherate e dell'alcol, l'etichettatura dei prodotti insalubri, la restrizione/regolamentazione della commercializzazione di prodotti, la definizione di standard ambientali *health-based*.

Il **focus** deve essere collocato non su singole patologie/condizioni di salute ma sulle **cause condivise** (comportamentali, sociali, ambientali), deve ribadire con forza e senza ambiguità **l'approccio basato sulle evidenze** in tutti gli ambiti e la centralità di sistemi di sorveglianza e osservazione epidemiologica tempestivi, affidabili ed omogenei sul territorio nazionale, prevedendo le necessarie risorse (professionisti, tecnologie, competenza).

Appare ineludibile un capitolo dedicato alle **politiche nazionali di contrasto ai fattori di rischio** - individuali e collettivi, che - a partire da un'analisi sulla distribuzione della loro prevalenza (non solo geografica ma anche per sottogruppi di popolazione) - individui i **target misurabili** di riduzione nel periodo di vigenza del piano.

In questo senso, va rafforzata la **governance nazionale del Piano**, assegnando agli enti centrali una funzione non solo di vigilanza del rispetto degli adempimenti, ma anche di **supporto tecnico-scientifico verso le regioni**, attraverso la costituzione di organismi e coordinamenti tematici che possano fornire indicazioni e collaborare con le regioni/aziende per migliorare l'omogeneità e la qualità delle azioni da realizzare.

Le **diseguaglianze sociali** non devono essere considerate solo come una variabile di stratificazione della popolazione, ma come un **fattore di rischio da contrastare**, individuando le politiche sociali/del lavoro/dell'istruzione con cui definire programmi congiunti.

La collaborazione tra servizi di prevenzione e le articolazioni territoriali e ospedaliere dell'assistenza non può rimanere un auspicio ma deve fondarsi sulla individuazione di modelli organizzativi, percorsi e sistemi informativi condivisi, in particolare con gli attori della Sanità di Iniziativa.

Questo richiede anche un **impegno** in termini di **formazione e aggiornamento degli operatori** sulla sintesi e sull'uso delle evidenze scientifiche sui determinanti di salute e sulle strategie di contrasto, che dovrebbe cominciare già durante i corsi universitari di tutte le professioni sanitarie e che necessita di un disegno omogeneo sul territorio nazionale.

A questo si deve accompagnare anche una campagna di informazione ed educazione sanitaria a livello di popolazione su comportamenti e stili di vita che promuovono salute e sui servizi di prevenzione, garantendo capillarità attraverso l'utilizzo di tutti i mezzi di comunicazione, per raggiungere tutti i gruppi di popolazione, nella consapevolezza che la prevenzione è irrealizzabile senza la partecipazione cosciente e attiva dei cittadini⁸⁶.

Orientare l'azione nazionale e regionale verso **interventi di provata efficacia** significa, operativamente, selezionare un core minimo, comune a tutte le regioni, di programmi, con procedure operative e sistemi informativi condivisi, ma anche sostenere la ricerca epidemiologica per continuare a produrre evidenze scientifiche utili a migliorare la qualità dell'azione di prevenzione. Al **core minimo di interventi va vincolata una quota definita di risorse**; progressivamente deve essere anche migliorata la trasparenza contabile delle risorse destinate alla prevenzione (ma più in generale alla sanità) affinché sia possibile dimensionare il fabbisogno economico effettivo e correlare i costi agli esiti di salute, in funzione delle soluzioni operative implementate.

La messa a punto degli interventi deve considerare anche gli eventuali impatti sull'ambiente, sul clima e sulla biodiversità, privilegiando le soluzioni operative ed organizzative che li minimizzano.

É indispensabile consolidare e arricchire i sistemi informativi sanitari, migliorare l'interconnessione e l'integrazione anche con basi di dati extrasanitarie, garantire la copertura delle aree non adeguatamente informatizzate, sulla base di un orientamento "epidemiologico" dell'utilizzo dei dati, a supporto della programmazione, del monitoraggio, della valutazione e della ricerca, anche eziologica sia nel disegno degli interventi che nella ricerca epidemiologica è fondamentale valorizzare l'approccio life-course, individuando azioni centrali a supporto dei ricercatori della sanità pubblica, delle università e dei centri di ricerca.

Il Piano Nazionale della Prevenzione deve integrare le potenzialità e il ruolo del *National Health Prevention Hub*, che sarà operativo nel periodo di vigenza, anche in termini di supporto alle regioni e alle aziende, per il miglioramento della capacità di misura dei bisogni di salute (stratificazione del rischio) e degli esiti delle cure, in un approccio longitudinale e integrato.

É importante **consolidare l'approccio One Health** già proposto nel precedente Piano, valorizzando gli investimenti e i prodotti del Programma Salute Ambiente Biodiversità e Clima del Piano Nazionale Complementare al PNRR, puntando ad uno sviluppo omogeneo ed efficace dei nascenti Sistemi Nazionale e Regionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici (SNPS/SRPS), e ad un'integrazione funzionale ed efficace con il Sistema Nazionale per la Protezione Ambientale.

Bibliografia

¹ Tedros Adhanom Ghebreyesus Achieving health for all requires action on the economic and commercial determinants of health, *Lancet* Vol. 401, April 8, 2023, 1137 – 1139

² World report on social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization; 2025

³ FAO, UNEP, WHO, and WOA. 2022. One Health Joint Plan of Action (2022-2026). Working together for the health of humans, animals, plants and the environment. Rome. <https://doi.org/10.4060/cc2289en>

⁴ Francesca de' Donato, Rossella Alfano, Paola Michelozzi, Paolo Vineis - Climate change and health: the importance of health co-benefits in mitigation policies. *Cambiamenti climatici e salute l'importanza dei benefici sanitari nelle politiche di mitigazione*, *Epidemiologia e prevenzione*, Anno 47 (3) 2023

⁵ OECD Health Working Papers n. 110, Luca Lorenzoni, Alberto Marino, David Morgan, Chris James. *Health Spending Projections to 2030*

⁶ Oecd. Latest health spending trends: Navigating beyond the recent crises, *Policy Brief*, 19 december 2024

⁷ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics

⁸ Report Istat Previsioni della popolazione residente e delle famiglie, BASE 1/1/2023, 24 Luglio 2024

⁹ Istat, *Rapporto annuale 2025*, p. 100.

¹⁰ Masters R (2017), Elspeth Anwar, Brendan Collins, Richard Cookson, Simon Capewell, Return on investment of public health interventions: a systematic review, *J Epidemiol Community Health* 2017;0:1–8.

-
- ¹¹ ENEA (2020). Efficienza energetica negli ospedali. <https://www.enea.it>
- ¹² Michela Bobini, Amelia Compagni, Andrea Rotolo La sostenibilità ambientale in sanità: strategie, modelli di governance e strumenti di management a confronto tra Italia e Inghilterra. <https://cergas.unibocconi.eu/oasi-2024>
- ¹³ https://www.quotidianosanita.it/toscana/articolo.php?articolo_id=114036%20
- ¹⁴ Delibera N° XI / 6709.
- ¹⁵ ISPRA Rapporti 416/2025 - Rapporto Rifiuti Speciali - Edizione 2025 ISBN: 978-88-448-1274-4
- ¹⁶ Nicole Ticchi. Salute a tutti i costi. La sostenibilità della ricerca farmacologica tra ambiente, economia e società. Codice edizioni, 2022
- ¹⁷ <https://www.ecoquip.eu/>
- ¹⁸ Caviglia M, Barone Adesi F. et al., Use of halogenated anaesthetics in Italy and their associated carbon footprint: a country-wide study. *Anaesthesia* 2024, 79, 96–97
doi:10.1111/anae.16140)
- ¹⁹ PNRR – Missione 6 Salute. Italia Domani – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. <https://italiadomani.gov.it>
- ²⁰ Sorveglianza PASSI (<https://www.epicentro.iss.it/passi/>)
- ²¹ Vineis P, et al. *J Epidemiol Community Health* 2021;75:917–924. doi:10.1136/jech-2020-215726
- ²² WHO, Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases, second edition. Geneva: World Health Organization; 2024.
- ²³ Lucia Bisceglia, Ambiente e salute nei Livelli Essenziali di Assistenza. *Ecoscienza*, Numero 1 Anno 2021, p. 28-29.
- ²⁴ Agenzia Europea dell’Ambiente (EEA). (2024). *European Climate Risk Assessment (EUCRA)*. <https://www.eea.europa.eu>
- ²⁵ IPCC – Intergovernmental Panel on Climate Change. (2023). *Sixth Assessment Report*. <https://www.ipcc.ch> .
- WHO Europe. (2023). Climate and health country profiles – 2023 update. <https://www.who.int/europe>
- ²⁶ World Health Organization. WHO global air quality guidelines. Particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. Geneva, World Health Organization, 2021. Disponibile all’indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345329/9789240034228-eng.pdf?sequence=1>
- ²⁷ Areal AT, Zhao Q, Wigmann C, Schneider A, Schikowski T. The effect of air pollution when modified by temperature on respiratory health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Sci Total Environ* 2022;811:152336. doi: 10.1016/j.scitotenv.2021.152336
- ²⁸ <https://www.isdenews.it/crisi-climatica-60-esperti-e-scientiati-presentano-un-documento-con-azioni-urgenti-di-adattamento-e-mitigazione/>
- ²⁹ Ministero della Salute. Piano operativo nazionale per la prevenzione degli effetti del caldo sulla salute. Disponibile all’indirizzo: <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/ondate-di-calore/>
- ³⁰ Michelozzi P, de’Donato F, Rossi P, Iavicoli S. Mortalità estiva: valutazione degli effetti dell’ondata di calore di giugno 2025. *Epidemiol Prev* 2025;49(4): In press. doi: 10.19191/EP25.2-3. A911.061

- ³¹ De' Donato F, Scortichini M, De Sario M et al (2014). Temporal variation in the effect of heat and the role of the Italian heat prevention plan. *Public Health* 8;161:154-62. doi: 10.1016/j.puhe.2018.03.030
- ³² Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2024). Piano Nazionale di Adattamento ai Cambiamenti Climatici (PNACC). <https://www.minambiente.it>
- ³³ <https://deplazio.net/climactions/index.html>
- ³⁴ WHO Climate change and noncommunicable diseases: connections (<https://www.who.int/news/item/02-11-2023-climate-change-and-noncommunicable-diseases-connections>)
- ³⁵ Lelieveld, J., Klingmüller, K., Pozzer, A., Burnett, R. T., Haines, A., & Ramanathan, V. (2019). Effects of fossil fuel and total anthropogenic emission removal on public health and climate. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(15), 7192-7197. <https://doi.org/10.1073/pnas.1819989116>.
- ³⁶ <https://www.bayceer.uni-bayreuth.de/s4f/de/top/o2/stat.php>
- ³⁷ Francesco Forastiere, Epidemiologia... e poi? Per respirare aria pulita servono più prevenzione e tanta advocacy. *Epidemiol Prev* 2025; 49 (2-3): 111-113. <https://doi.org/10.19191/EP25.2-3.045>
- ³⁸ <https://web.cvent.com/event/61ed4b57-38c5-4b6a-8560-7f0e56ce1d27/summary?RefId=Summary>
- ³⁹ Saracci R, Prevenzione e Servizio sanitario nazionale: un'integrazione da rifondare nel prossimo decennio. *Epidemiol Prev* 2021; 45 (3):140-141. doi: 10.19191/EP21.3.P140.055
- ⁴⁰ <https://www.upbilancio.it/focus-n-3-2024-il-riparto-del-fabbisogno-sanitario-nazionale-tra-nuovi-criteri-e-attuazioni-incompiute/>
- ⁴¹ OECD (2025), Best Practice in Institutionalising Health Accounts: Learning from Experiences in 13 OECD Countries, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/cf997130-en>.
- ⁴² E. Cadum, MG. Petronio, M. Valiani - Quale prevenzione sul territorio: l'ambiente e la comunità - in: "SALUTE PER TUTTI: SPERANZE E CERTEZZE DELLA PRIMARY HEALTH CARE", <https://ambientenonsolo.com/ambiente-e-salute-mettere-in-rete-i-dati/>
- ⁴³ Fondazione Tendenze Salute e Sanità ETS - RAPPORTO PREVENZIONE 2023-2024 – Franco Angeli Ed., 2024
- ⁴⁴ <https://snop.it/verso-i-referendum-3-il-lavoro-precario-fa-male-alla-salute/>
- ⁴⁵ https://www.clebs.it/morti-sul-lavoro-serve-un-impegno-diffuso.htm?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR3czup9Gec-wBRE9Va-gfcvnWv7DrCaWgUORclAYy4Bq26GclEx_VKc3bs_aem_Pjj16ZAcZjdJ7NdM-GC9OQ
- ⁴⁶ S. Cantoni - La sicurezza sul lavoro tra individuo ed ente collettivo: prevenzione e rischi nell'economia che cambia – Inail, Roma - Roma, 28 febbraio 2025.
- ⁴⁷ https://www.cortedicassazione.it/resources/cms/documents/Sintesi_Relazione_Prima_Presid_ente_A.G_2025.pdf
- ⁴⁸ Morti sul lavoro: la demagogia panpenalistica e le riforme necessarie - <https://www.magistraturademocratica.it/articolo/morti-sul-lavoro/>
- ⁴⁹ World Health Organization. Commercial Determinants of Health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>. WHO, Geneva, 2022.
- ⁵⁰ Kickbush I, Allen L, Franz C. (2016). The commercial determinants of health. *Lancet*. Volume 4, Iss. 12, e895-e896, December 01.
- ⁵¹ The Lancet, Vo. 401, n. 10383, 8 April 2023.

- ⁵² McKee e Stuckler (McKee M, Stuckler D. (2018). Revisiting the Corporate and Commercial Determinants of Health. *Am J Public Health*. Sep;108(9):1167-1170.)
- ⁵³ Birn AE. Philanthrocapitalism, past and present: the Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda. *Hypothesis (Tor)* 2014; 12: e8; *Fortune*. Global 500. 2020. <https://fortune.com/global500/2020/>
- ⁵⁴ Irene Possenti, Marco Scala, Magda Rognoni et al., Analysis of the direct economic impact of smoking-related hospitalizations in Italy, *Tob. Induc. Dis.* 2024;22(June):96.
- ⁵⁵ Who 2025, The World Conference on Tobacco Control 2025 - Dublin Declaration, Dublin, Ireland - 25th June 2025
- ⁵⁶ Tauras JA, O'Malley PM, Johnston LD, "Effects of Price and Access Laws on Teenage Smoking Initiation: A National Longitudinal Analysis," *Bridging the Gap Research, ImpacTeen*, April 2001. <https://impacteen.uic.edu/access.htm> ;
- Friedson , Moyan Li , Katherine Meckel , Daniel I. Rees , Daniel W. Sacks , Cigarette taxes, smoking, and health in the long run, *Jurnal of Public Economics*, v. 222, June 2023
- ⁵⁷ Kazuyuki Uji 2023, How raising tobacco taxes can save lives and cut poverty across the Asia-Pacific, <https://www.undp.org/asia-pacific/blog/how-raising-tobacco-taxes-can-save-lives-and-cut-poverty-across-asia-pacific-0>;
- <https://www.uicc.org/news-and-updates/news/power-tobacco-taxation-reducing-cigarette-consumption-and-saving-lives-east>
- ⁵⁸ *Quotidiano Sanità*, 10 febbraio 2017
- ⁵⁹ *Corriere della Sera*, 13 luglio 2025
- ⁶⁰ ISS, Linee guida di trattamento di dipendenza da tabacco e nicotina, Roma, Luglio 2023
- ⁶¹ WHO, The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- ⁶² Randy W. Elder, Briana Lawrence, Aneeqah Ferguson, et al, The Effectiveness of Tax Policy Interventions for Reducing Excessive Alcohol Consumption and Related Harms, *Am J Prev Med*. 2010 February; 38(2): 217–229. doi:10.1016/j.amepre.2009.11.005.
- Grant M A Wyper, Daniel F Mackay, Catriona Fraser, Jim Lewsey, Mark Robinson, Clare Beeston, Lucie Giles Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on deaths and hospitalisations in Scotland: a controlled interrupted time series study, *Lancet Vol 401* April 22, 2023, 1361 - 1370
- ⁶³ *Eating healthy day Statista* 2024
- ⁶⁴ <https://healthcityinstitute.com/presentati-i-dati-dellitalian-barometr-obesity-report-2024/>
- ⁶⁵ Pasquale Strazzullo, Lanfranco D'Elia, Ngianga-Bakwin Kandala, Francesco P Cappuccio, Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta- analysis of prospective studies, *BMJ* 2009;339:b4567, doi:10.1136/bmj.b4567.
- ⁶⁶ Yun Li, Zhe Huang, Cheng Jin et al. Longitudinal Change of Perceived Salt Intake and Stroke Risk in a Chinese Stroke, *Volume 49, Issue 6, June 2018; Pages 1332-1339*
- ⁶⁷ Dodd R, Santos J A, Tan M. et al, Effectiveness and Feasibility of Taxing Salt and Foods High in Sodium: A Systematic Review of the Evidence, *ADV NUT*, 2020 Nov 16;11(6):1616-1630. doi: 10.1093/advances/nmaa067.
- ⁶⁸ WHO global report on sodium intake reduction. Geneva: World Health Organization; 2023.
- ⁶⁹ Epner, M.; Yang, P.; Wagner, R.W.; Cohen, L. Understanding the Link between Sugar and Cancer: An Examination of the Preclinical and Clinical Evidence. *Cancers* **2022**, *14*, 6042. <https://doi.org/10.3390/cancers14246042>

⁷⁰ Ahmab A, Isherwood C, Umpleby M et al, Effects of High and Low Sugar Diets on Cardiovascular Disease Risk Factors, *J Nutr Sci Vitaminol*, 66, S18-S24, 2020

⁷¹ <https://ilfattoalimentare.it/dieci-anni-di-sugar-tax-nel-regno-unito-storia-di-un-successo.html>

⁷² Milena Gabanelli, Simona Ravizza, Tassa sullo zucchero. Ecco cosa dice e quali effetti avrà. *Corriere della Sera*, 22 Dicembre 2019.

⁷³ European Commission, Health taxes from an EU perspective. Final report, written by Ecorys, WIFO and Erasmus University Rotterdam, European Union, 2025.

⁷⁴ ISS, Criteri per lo screening di popolazione, 1/10/2024. <https://www.iss.it/d1ce-criteri-per-lo-screening>

⁷⁵ <https://www.epicentro.iss.it/fumo/pdf/nardini%20disassuefazione.pdf>

⁷⁶ ISS, Progetto Cuore. Carta di rischio cardiovascolare, <https://www.cuore.iss.it/valutazione/carte>

⁷⁷ WHO, Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm.

Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

⁷⁸ GOV – UK UK National Screening Committee. Guidance Criteria for a population screening programme. Updated 29 September 2022

⁷⁹ https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=130712

⁸⁰ Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 1. Art. No.: CD009009. DOI: 10.1002/14651858.

⁸¹ Ministero della Salute, Piano Oncologico Nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro, 2023-2027

⁸² Conferenza Stato regioni, Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e dell'Intesa Rep. Atti n. 16/CSR del 26 gennaio 2023, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento concernente "Assetto istituzionale e funzionamento dell'Osservatorio Nazionale Screening oncologici – ONS". Rep. atti n. 16/CSR del 13 febbraio 2025.

⁸³ Airc: Screening oncologici in ogni Regione: mettiamo ordine. Ultimo aggiornamento 25 giugno 2025.

<https://www.airc.it/cancro/prevenzione-tumore/guida-agli-screening/screening-oncologici-in-ogni-regione-mettiamo-ordine>

⁸⁴ Steel, Nicholas et al. Changing Life expectancy in European Countries 1990-2021: a subanalysis of causes and risk factors from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health*, Volume 10, Issue 3, e172 - e188 March 2025

⁸⁵ Ugai et al Is early-onset cancer an emerging global epidemic? Current evidence and future implications *Nat Rev Clin Oncol*. 2022 October; 19(10): 656–673. doi:10.1038/s41571-022-00672-8.

⁸⁶ Saracci R. Prevenzione e Servizio sanitario nazionale: un'integrazione da rifondare nel prossimo decennio. *E&P* 2021, 45 (3) maggio-giugno p. 140-141 doi: <https://doi.org/10.19191/EP21.3.P140.055>