CAMERA DEI DEPUTATI N. 2983

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

ZOLEZZI, GRILLO, BUSTO, DAGA, DE ROSA, MANNINO, MICILLO, TERZONI, VIGNAROLI, BARONI, LOREFICE, MANTERO, SILVIA GIORDANO

Introduzione del referto epidemiologico nel controllo sanitario della popolazione

Presentata il 24 marzo 2015

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Negli ultimi decenni sono incrementati gli studi internazionali che hanno correlato con ragionevole certezza specifiche patologie ad agenti ambientali, professionali o comportamentali. In parte questo è stato dovuto, purtroppo, all'incremento di fattori di rischio e dell'incidenza e della prevalenza di alcune patologie come quelle neoplastiche, che rappresentano circa il 30 per cento della mortalità e della morbilità generali, e del conseguente allarme sociale e scientifico. I danni ambientali conseguenti a specifiche attività produttive hanno portato nel nostro Paese a studi epidemiologici di area, come lo studio « *Sentieri* », di rilevanza internazionale, che hanno confermato il ruolo di alcune attività e sostanze nell'eziologia di gravi patologie, nella riduzione della speranza di vita totale e di salute nonché nei danni fetali ed epigenetici. Gli studi epidemiologici su alcune aree apparentemente non sono sufficienti per stabilire lo stato di salute della popolazione e soprattutto non sono sufficienti a individuare alterazioni precoci dello stato di salute stesso e a eseguire interventi di prevenzione primaria in aree apparentemente non a rischio. Lo studio « *Sentieri* » ha interessato circa il 10 per cento della popolazione italiana, residente nelle aree considerate siti di interesse nazionale per le bonifiche, e ha stimolato anche l'interesse della politica per questi temi fondamentali per la sopravvivenza e per il futuro della popolazione. Nella pre-

sente legislatura si contano in due anni ben sette decreti del Governo solo sul caso dello stabilimento ILVA di Taranto, dove uno studio epidemiologico basato in particolare sul superamento delle polveri sottili ha dimostrato oltre trenta decessi annui aggiuntivi anche negli ultimi anni e inchiodato alle loro responsabilità i dirigenti dell'azienda, portando a un tentativo di progressiva ambientalizzazione e facendo scuola in tutto il territorio nazionale. Nella regione Puglia è stata emanata la prima legge regionale in merito alle emissioni di diossine, coinvolte in gravissimi danni alla salute in quanto interferenti endocrini.

Oltre agli studi che correlano ambiente e salute si stanno anche moltiplicando gli studi di economia sanitaria ambientale, citiamo quello dell'ECBA *project* che ha stimato in circa 48 miliardi di euro all'anno in Italia i danni sanitari su base ambientale. Studi del genere sono stati eseguiti, per esempio, in Cina dove è stata dimostrata una riduzione netta del prodotto interno lordo di oltre il 5 per cento a causa del solo inquinamento dell'aria (da morbilità, ospedalizzazioni e mortalità precoce). Per i soli superamenti dei limiti delle polveri sottili si stimano circa 64.000 decessi annuali nel nostro Paese.

Appare sempre più necessario avere una valutazione dello stato di salute di tutta la popolazione in base a un referto epidemiologico.

È necessario porre l'attenzione delle amministrazioni e delle aziende sanitarie locali sulla necessità di conoscere tempestivamente lo stato di salute collettivo della popolazione comunale al di là delle mere statistiche basate sulla mortalità per sole neoplasie (che incidono, come detto, meno del 30 per cento sul complesso della mortalità e della morbilità generali).

Com'è noto, nel nostro territorio sono presenti numerose fonti di rischio ambientale che causano danni alla salute pubblica agendo in modo moltiplicativo oltre che additivo attraverso la diffusione di sostanze tossiche oltre che cancerogene. Si tratta di industrie, impianti di produzione energetica e di trattamento di rifiuti, traffico veicolare eccetera, che emettono, non solo in atmosfera, un *mix* di inquinanti costituiti da polveri, gas, radiazioni e altro. Ci sembra quindi urgente che le conoscenze epidemiologiche sull'intera popolazione siano tempestive, complete, rigorose, periodiche e trasparenti.

Il referto epidemiologico consentirà ogni anno di avvalersi di un affidabile, economico e verificabile punto di osservazione per effettuare un *check-up* standardizzato sulla salute collettiva. Basterà raffrontare il valore realmente osservato con quello atteso (*standard*) nei livelli di salute globale della popolazione comunale, senza incorrere nel grave errore di limitarsi alle sole patologie neoplastiche che sottovalutano anche del 70 per cento il danno complessivo alla salute della popolazione. Il referto epidemiologico, se correttamente applicato, può favorire concretamente la prevenzione primaria per eliminare le principali cause di malattia.

Il referto epidemiologico è basato esclusivamente sui dati già presenti in formato elettronico (ricoveri, mortalità, diagnosi eccetera) e potrà estendersi ad altri parametri già monitorati (utilizzo di farmaci eccetera), a specifiche categorie e territori. Naturalmente l'analisi dovrebbe successivamente valutare le specifiche patologie emergenti, per fasce di età, negli ultimi venti anni.

Il raffronto tra i valori degli analoghi indicatori con i comuni non inquinati, della provincia e della regione, sarà indispensabile per quantificare con ragionevole precisione le differenze nello stato di salute della popolazione.

L'uso del referto epidemiologico prevede sette fasi:

1) utilizzare tutti i principali dati sanitari correnti (mortalità, ricoveri, diagnosi eccetera) riferiti alla popolazione residente nel comune al fine di creare uno specifico *database* aggiornabile e analizzabile;

2) individuare a priori il valore *standard* (*baseline*) nei tassi di riferimento;

3) individuare tempestivamente l'eventuale innalzamento, rispetto al valore

standard (*baseline*), del numero complessivo di casi dell'insieme delle malattie;

4) calcolare il numero di casi in eccesso;

5) individuare le specifiche malattie che determinano l'innalzamento globale della casistica;

6) identificare le possibili fonti evitabili di queste specifiche malattie;

7) eliminare le specifiche fonti di malattia.

Il risultato condurrà al miglioramento progressivo dei livelli socio-sanitari ed economici dei comuni.

Concludendo, la conoscenza di quanto incida sulla salute umana la qualità dell'ambiente in cui si vive e si lavora può essere valutata tramite l'analisi del referto epidemiologico. Con il referto epidemiologico si potranno conoscere velocemente le criticità sanitarie per gruppi di residenti (donne, bambini eccetera) e di lavoratori in qualsiasi territorio, arrivando ad avere una mappa della salute che potrà orientare le politiche a livello nazionale sulle priorità di intervento educazionale, ambientale, professionale e socio-sanitario, solo mediante una semplice analisi di dati che vengono già abitualmente raccolti.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

(Definizioni).

1. Ai fini di cui alla presente legge sono adottate le seguenti definizioni:

a) referto epidemiologico, il dato aggregato o macrodato corrispondente alla valutazione dello stato di salute complessivo di una comunità che si ottiene da un esame epidemiologico delle principali informazioni relative a tutti i malati e a tutti gli eventi sanitari di una popolazione in uno specifico ambito temporale e in un ambito territoriale circoscritto o a livello nazionale, attraverso la valutazione dell'incidenza delle malattie e del numero dei decessi;

b) dati epidemiologici correnti, l'incidenza delle malattie, costituita dal numero di nuovi casi in proporzione alla popolazione, il numero dei decessi suddivisi per cause e i valori di prevalenza delle malattie, costituiti dal numero di casi totali di una malattia in proporzione alla popolazione;

c) dato aggregato o macrodato, l'aggregato che si ottiene dalla sintesi di dati elementari o microdati utilizzati per riassumere le informazioni in essi contenute.

ART. 2.

(Flusso e analisi dei dati da parte degli enti referenti).

1. I dati epidemiologici correnti sono forniti dagli assessorati regionali alla salute, dalle aziende sanitarie locali, dagli ambulatori medici, dagli ospedali e da altri enti individuati dal Servizio sanitario nazionale nonché da altri organismi o enti con funzioni di sorveglianza nel settore

sanitario, tra i quali l'Istituto nazionale per gli infortuni sul lavoro.

2. Al termine di ogni anno solare i dati forniti dagli enti di cui al comma 1 sono inviati al personale referente dell'Istituto superiore di sanità (ISS) e dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) che provvede a raccoglierli, verificarli e rapportarli sulla base di appositi modelli *standard* nonché a coordinarli con il complesso dei dati demografici e socio-sanitari esistenti.

3. Il personale referente dell'ISS e dell'ISTAT è tenuto al monitoraggio continuativo e al raffronto dei valori osservati relativi ai dati di cui al comma 2 con i valori attesi, calcolati in base a una popolazione *standard*, evidenziando eventuali criticità e fattori di casualità. Qualora questo confronto fornisca risultati statisticamente significativi si procede a ulteriori indagini. I dati del referto epidemiologico sono aggiornati periodicamente, individuano la diffusione e l'andamento di specifiche patologie e possono essere impiegati per identificare eventuali criticità di origine ambientale, professionale o socio-sanitaria e per intervenire su esse proponendo interventi adeguati e tempestivi, migliorando la qualità di vita dei soggetti e diminuendo i costi a carico del Servizio sanitario nazionale, utilizzando i relativi risparmi anche per attivare un'efficace prevenzione primaria ed evitare analoghe situazioni.

4. L'ISS e l'ISTAT garantiscono l'elaborazione e la pubblicazione digitale dei dati del referto epidemiologico entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello cui i dati si riferiscono. L'ISS e l'ISTAT garantiscono, altresì, la pubblicazione digitale delle indagini eseguite e dei loro risultati. I dati sono resi disponibili anche in formato aperto.

ART. 3.

(Dati aggregati).

1. I settori di riferimento per l'aggregazione dei dati sono attribuiti alla popo-

lazione facente parte di uno specifico ambito territoriale amministrativo, di una distinta area etnico-geografica o di uno specifico comparto produttivo-industriale. I dati sono rilasciati unicamente in modalità aggregata, sono sottoposti alla normativa vigente in materia di protezione dei dati e non possono contenere notizie sulla salute dei singoli individui.

ART. 4.

(Relazione annuale).

1. Il Ministro della salute, sulla base dei dati pubblicati dall'ISS e dall'ISTAT ai sensi dell'articolo 2, predispone una relazione annuale sullo stato della salute della popolazione, che è trasmessa alle competenti Commissioni parlamentari entro il 31 ottobre di ogni anno.

PAGINA BIANCA

€ 1,00

17PDL0034090