

Operativo Nazionale (PON) 2014-2020 del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

Altra azione che potrà avere riflessi sul comportamento dei consumatori (non necessariamente nel senso della sostenibilità, a meno che non vengano indicate anche informazioni sui processi di produzione) è la reintroduzione dell'obbligo di indicare lo stabilimento di produzione o confezionamento in etichetta, allo scopo di consentire una migliore e immediata rintracciabilità degli alimenti e intrinsecamente la valorizzazione della distintività dei prodotti italiani.

Per quanto riguarda la performance dell'agricoltura italiana (Target 2.3), nel 2016 si è avuto un risultato positivo in termini di valore aggiunto (+5,6% a valori correnti), ma con forti disomogeneità in termini di produttività per dimensione aziendale (a favore delle grandi aziende) e per area territoriale (a favore del Nord). Significativa è stata anche la ripresa dell'occupazione (+3,8%), trainata dall'aumento di quella giovanile (+11%), a sua volta favorita dagli interventi diretti ad assicurare un ricambio generazionale, come il finanziamento per il primo insediamento di under 40 in agricoltura o il supporto con prodotti finanziari a tasso zero per facilitare l'accesso alla terra (Bando ISMEA da 65 milioni di euro).

L'inserimento di giovani e donne nel settore, da sostenere ulteriormente nell'ambito della programmazione 2014-2020 dei fondi strutturali europei, appare all'origine dello sviluppo delle attività multifunzionali dell'agricoltura che rappresentano, ormai, un'opportunità consolidata di integrazione al reddito agricolo e un contributo alla salvaguardia della vitalità delle aree rurali. Analogamente, vanno sostenuti nel tempo gli investimenti strutturali in ricerca e innovazione messi in campo alla fine del 2016. A tale proposito meritano di essere evidenziati due impegni del Piano operativo per il settore agricolo e agroalimentare, approvato dal CIPE, che potranno dare un impulso positivo anche al raggiungimento degli Obiettivi di Agenda 2030: gli interventi per le infrastrutture irrigue finalizzati a garantirne una maggiore efficienza (a cui sono stati destinati 295 milioni di euro) e la promozione di un nuovo modello di gestione delle aree silvo-pastorali di montagna, allo scopo di limitare l'abbandono di questi territori.

Un'ultima riflessione riteniamo debba essere fatta su un aspetto centrale dell'agricoltura sostenibile, concetto da definire meglio, soprattutto sul versante sociale. Se, infatti, dall'Annuario dei dati Ambientali 2016 emerge che l'agricoltura italiana continua a raggiungere risultati positivi in termini di eco-efficienza, che circa 3.000 aziende hanno aderito al Si-

stema di Qualità Nazione di Produzione Integrata in meno di un anno dalla sua entrata in vigore, che la superficie destinata ad agricoltura biologica è aumentata del 7,5%, permangono i già citati fenomeni di sfruttamento del lavoro e di evasione fiscale, del tutto incompatibili con il concetto di sviluppo sostenibile a tutto tondo. Con l'insediamento, ad inizio gennaio, dell'Osservatorio nazionale dell'agricoltura sociale e la lotta allo spreco lungo l'intera filiera agroalimentare si è avviato un percorso, ma la strada da compiere è ancora lunga, come riconosciuto anche dalla Strategia Nazionale per lo Sviluppo Sostenibile, che conferma la trasversalità del Goal 2. Infatti, esso considera molteplici aspetti, dalla povertà alimentare alla malnutrizione, dalla redditività degli agricoltori alla agricoltura sostenibile e alla biodiversità, tutti temi tra loro interrelati.

Goal 3: Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età

Per quanto riguarda la salute, fattore fondamentale del benessere, della qualità della vita e del progresso civile di una comunità, nell'ultimo anno si è notata una maggiore consapevolezza della necessità di un cambio di passo e di prospettiva. Come nella maggior parte dei Paesi economicamente avanzati, di quelli europei in particolare, sta maturando in Italia la convinzione che occorra spostare progressivamente le attenzioni e l'impegno dagli obiettivi del passato (lotta alle patologie acute, cure ospedaliere, efficienza economico-finanziaria) a quelli compatibili con il nuovo contesto epidemiologico ed ambientale, e dunque verso le patologie croniche, la prevenzione, la qualità della vita delle persone affette da malattie croniche, l'assistenza domiciliare, la sostenibilità di lungo termine, l'uguaglianza di tutte/i e a tutte le età di fronte all'offerta sanitaria, in termini di accesso e di qualità, la lotta agli sprechi.

In linea con il nuovo approccio si colloca la firma, il 15 settembre 2016, dell'accordo Stato-Regioni che ha dato vita al **Piano Nazionale Cronicità**, che individua le principali criticità rispetto alla assistenza dei malati cronici e propone specifiche linee di intervento e strumenti di monitoraggio. Di rilievo è anche il decreto sui **nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA)**, approvato il 12 gennaio 2017 (in sostituzione del DPCM 29 novembre 2001) sulla base di quanto disposto nel cosiddetto "Patto per la salute 2014-2016". I nuovi LEA prevedono importanti ampliamenti delle cure che le unità sanitarie di tutto il Paese sono tenute ad as-

sicurare in regime di Servizio sanitario nazionale, specie per quanto riguarda alcune aree che in precedenza erano parzialmente o del tutto scoperte, ed in particolare cronicità, disabilità e prevenzione. Tra le novità più interessanti si segnalano:

- l'inclusione di prestazioni tecnologicamente avanzate, che nell'ambito dell'assistenza protesica garantiscano l'autonomia dei soggetti disabili;
- la definizione di precise tipologie di assistenza in base alla loro complessità, ed in particolare dei vari livelli di assistenza domiciliare per i malati cronici non autosufficienti;
- l'aggiornamento degli elenchi delle malattie croniche e delle malattie rare, che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa, favorendo una maggiore attenzione a condizioni molto gravi e migliorando l'appropriatezza clinica;
- l'inserimento di nuovi vaccini (come l'anti pneumococco e l'anti meningococco).

Sussistono, però, alcune incertezze rispetto alle risorse da destinare alle nuove aree di cura indicate e, soprattutto, all'attuazione del provvedimento in tutte le Regioni, in particolare in quelle in cui persistono forti disparità di accesso all'assistenza. A tal proposito, con la recente sentenza n. 169 del 2017 la Corte Costituzionale ha identificato come appropriato il modello previsto dall'art. 8, comma 1, della l. n. 42 del 2009, in base al quale le spese per i LEA devono basarsi sul rispetto dei costi standard già definiti a livello nazionale, in "associazione" con i livelli stabiliti dal legislatore con il decreto LEA, e sulla determinazione conseguente dei "fabbisogni standard", in piena collaborazione con gli enti territoriali. La Corte ha ribadito inoltre la necessità di utilizzare criteri di efficienza ed appropriatezza omogenei su tutto il territorio e ha invitato sia lo Stato che le Regioni a distinguere la spesa per i LEA dalle altre componenti della spesa sanitaria.

Allo scopo di rendere più efficienti le strutture sanitarie per destinare le risorse risparmiate alle nuove priorità, molte Regioni stanno ripensando l'organizzazione attuale. Ad esempio, la **Regione Toscana** si è distinta nel promuovere una riflessione attenta sulla sostenibilità dei sistemi sanitari regionali; la **Regione Lombardia** ha pubblicato ad aprile 2016 le linee guida regionali per l'adozione dei Piani di organizzazione aziendale strategici (POAS) delle Agenzie di tutela della salute (ATS), delle Aziende sociosanitarie territoriali (ASST), degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Lombardia e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU). Inoltre, con l'adozione dei nuovi POAS la Regione procede nell'intento di ampliare la copertura delle patologie croniche e delle disabilità attraverso la individuazione di un ruolo più definito per la medicina di base. La **Regione Emilia Romagna** ha dedicato particolare attenzione alla realizzazione delle "Case della salute" sul territorio, sia per garantire un'assistenza il più possibile diffusa e integrata rispetto ai bisogni dei cittadini, sia per limitare l'ospedalizzazione alle situazioni più acute. Inoltre, ha sviluppato politiche mirate a ridurre le "liste d'attesa" per visite ed esami specialistici, ottenendo significativi risultati.

Relativamente alla salute delle donne, nonostante le normative esistenti, tra cui i provvedimenti che introducono per la prima volta nel diritto italiano la medicina di genere (2016), la mancata applicazione di alcune leggi (405/1975 istitutiva dei consultori familiari e 194/1978 sulla tutela sociale della maternità e interruzione volontaria della gravidanza) fa registrare forti carenze nel SSN con un impatto negativo sulla salute di donne e ragazze. Queste gravi carenze sono state anche oggetto delle raccomandazioni del Comitato per i diritti umani dell'ONU formulate nel marzo 2017. Sarebbe auspicabile, pertanto, che nel Piano Nazionale della Prevenzione e nel Patto per la Salute fossero maggiormente presenti le problematiche emergenti relative alla salute delle donne.

Un importante traguardo in merito al dilagare dei contenziosi tra utenti e medici e dei relativi costi assicurativi e giudiziari è stato raggiunto con l'approvazione della **nuova normativa per il rischio clinico** (Legge 8 marzo 2017, n. 24, recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"), che intende ridurre i costi del risk management, sia monetari che di disfunzionalità ed inefficienza, attraverso l'obbligo per ogni ospedale di dotarsi di strutture di gestione del rischio, la riduzione dei tempi per le pratiche di risarcimento, la maggiore tutela dei professionisti coinvolti in terapie complesse, nonché quella dei cittadini che intendono fare chiarezza sugli eventi avversi.

Un importante traguardo in merito al dilagare dei contenziosi tra utenti e medici e dei relativi costi assicurativi e giudiziari è stato raggiunto con l'approvazione della **nuova normativa per il rischio clinico** (Legge 8 marzo 2017, n. 24, recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"), che intende ridurre i costi del risk management, sia monetari che di disfunzionalità ed inefficienza, attraverso l'obbligo per ogni ospedale di dotarsi di strutture di gestione del rischio, la riduzione dei tempi per le pratiche di risarcimento, la maggiore tutela dei professionisti coinvolti in terapie complesse, nonché quella dei cittadini che intendono fare chiarezza sugli eventi avversi.

Per affrontare il problema della corruzione in sanità, l'Autorità nazionale anti-corruzione (ANAC) ha pubblicato ad aprile 2017 un Rapporto (*Curiamo la corruzione: percezione rischi e sprechi in sanità*)

che analizza la percezione e valutazione dei rischi, gli sprechi e le inefficienze, nonché le misure e le strategie per contrastare il fenomeno. Secondo il Rapporto, il sistema anticorruzione in sanità ha fatto notevoli progressi, ma occorre investire su ricerca, formazione, dialogo e nuove tecnologie, soprattutto per migliorare la quantità e qualità dei dati e ridurre le disuguaglianze regionali.

In tema di salute dei/delle migranti, le Linee guida su “I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli”, elaborate a giugno 2017 dall’Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà, l’Istituto Superiore di Sanità (ISS) e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, mirano a garantire un’assistenza uniforme e appropriata ai/alle migranti. Tra le misure, l’anamnesi clinica, familiare e sociale focalizzata soprattutto su tubercolosi, malaria, infezioni sessualmente trasmissibili, parassitosi, anemia, diabete, nonché visite mirate per l’individuazione di segni di violenza, specialmente nei confronti delle donne, e la formazione del personale sanitario in comunicazione interculturale.

Per ciò che concerne la prevenzione, a luglio 2017 è stato approvato dopo complesse mediazioni e nonostante violente contestazioni il **Decreto vaccini**, che tra le novità stabilisce l’obbligatorietà per dieci vaccini per potersi iscrivere a nidi e materne e per non essere sanzionati se si frequenta la scuola dell’obbligo. Quattro vaccini, invece, sono stati definiti “fortemente consigliati” dalle ASL (quelli contro il meningococco C e B, lo pneumococco e il rotavirus), somministrati gratuitamente come previsto dal Piano nazionale vaccini.

In tema di ruolo degli operatori del territorio, con il **nuovo Atto di indirizzo per la Medicina convenzionata 2014-2016** del 27 luglio 2016 sono state stabilite le priorità per la riorganizzazione dei processi assistenziali e di accesso alle prestazioni mediante il coordinamento dell’attività dei medici convenzionati e degli altri professionisti sanitari, come ad esempio l’attribuzione dell’attività vaccinale ai medici, basata su una remunerazione legata al risultato anziché alla prestazione. L’Italia continua ad avere un tasso di mortalità da incidenti stradali significativamente superiore a quello europeo : 54,2 vittime per milioni di abitanti, contro 50,6, nella media UE. Ancorché nel 2016 si sia registrato un riduzione dei morti sulle strade (- 145 unità e - 4,2%), risultano in aumento i decessi tra gli anziani e i ciclisti, che sono tra le persone più

vulnerabili sulla strada. L’Italia è dunque ancora ben lontana dalle cifre virtuose di Gran Bretagna (28,7) e Spagna (39,5). In aumento risulta il numero degli incidenti (+0,7%) e dei feriti (+0,9%), soprattutto dei feriti più gravi: +9%.

Ancora in corso di approvazione, infine, è la **legge sul Testamento biologico**, frutto di una complessa mediazione tra varie posizioni e purtuttavia ancora soggetta a critiche. Il cosiddetto “Biotestamento” consentirà ai cittadini di esprimere la propria volontà, attraverso disposizioni anticipate di trattamento, sulle terapie sanitarie a cui sottoporsi o da rifiutare in caso di incidente o malattia che rendono il paziente non cosciente.

Goal 4: Assicurare un’istruzione di qualità, equa ed inclusiva, e promuovere opportunità di apprendimento permanente per tutti

Con riferimento ai temi dell’istruzione e dell’educazione allo sviluppo sostenibile a dodici mesi di distanza si possono sostanzialmente riconfermare le 4+1 priorità indicate dal Rapporto ASviS 2016. La sfida per l’Italia in campo educativo all’orizzonte 2030 si sta giocando su: (a) qualità degli apprendimenti, con attenzione alle competenze per l’occupabilità e per la vita; (b) contenimento della dispersione; (c) precedenza all’inclusione; (d) apprendimento permanente. A queste si può aggiungere quella relativa alla diffusione dell’educazione alla sostenibilità e alla cittadinanza globale.

Da un’osservazione complessiva dei dati pubblicati tra l’autunno del 2016 e la prima metà del 2017

Figura 6 - Tasso di completamento degli studi terziari: quota di 30-34 che hanno conseguito un titolo universitario in Italia e nell’Unione europea

