

del disavanzo, anche a seguito dei Commissariamenti effettuati dal Governo, si è registrata un'accelerazione degli interventi, anche strutturali, di riassetto, essendosi avviato un processo che ha portato a un rafforzamento della direzione tecnico-amministrativa regionale nelle sue competenze e capacità programmatiche, gestionali e di controllo, e alla diffusione di modelli più avanzati, grazie anche al confronto con le altre Regioni. Sono di recente approvazione i nuovi piani sanitari, i nuovi piani ospedalieri, i nuovi modelli di organizzazione dell'emergenza territoriale, l'attenzione al sistema informativo, lo sviluppo dei controlli sulla qualità e appropriatezza delle prestazioni e lo sviluppo delle centrali uniche di acquisto.

15. Analoghe manovre strutturali e di incremento dell'efficienza sono realizzate, anche tramite il coordinamento e lo stimolo del Ministero della Salute, dalle Regioni non soggette al Piano di Rientro, come la riorganizzazione della rete ospedaliera, la reingegnerizzazione delle cure primarie, la razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi con lo sviluppo della centrale unica di acquisto regionale, anche con il contributo della Consip, che rappresenta un fondamentale strumento di risparmio delle risorse in ambito sanitario.
16. Si sta procedendo a una messa in rete operativa dei vari tipi di intervento assistenziale che, sul territorio nazionale, caratterizzano la Sanità pubblica. In particolare, nell'ambito delle attività finalizzate alla diffusione dell'eHealth, sono portati avanti interventi prioritari per favorire la realizzazione di sistemi informativi territoriali di supporto alla cura del paziente oltre che al governo del SSN: i Centri Unici di Prenotazione (CUP), il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), la telemedicina, la trasmissione telematica delle ricette mediche e dei certificati di malattia.
17. Per quanto attiene alla sanità animale, attraverso un efficiente sistema di controllo e mediante un approccio focalizzato sull'attività di prevenzione, coerente con la strategia europea, il Ministero della Salute, con i competenti Servizi veterinari e di sicurezza alimentare, si è rivelato determinante nel campo della sanità pubblica veterinaria nel gestire validamente alcune emergenze sanitarie di portata internazionale. Il Ministero della Salute ha posto in essere, infatti, adeguati piani di emergenza che, supportati da opportune risorse umane e tecniche, hanno consentito di attuare le più efficaci misure di tutela e salvaguardia per fronteggiare gli eventi sia attraverso il Centro di Lotta contro le malattie animali sia attraverso la rete degli Uffici veterinari periferici.
18. Anche nel campo della sicurezza degli alimenti il modello organizzativo italiano appare oggi sicuramente il più adeguato a operare in condizioni ordinarie, ma anche ad affrontare tempestivamente le emergenze alimentari. In poco più di un anno si sono verificati tre crisi nel settore alimentare – le mozzarelle blu, la diossina nelle uova e nelle carni suine e la contaminazione da *Escherichia coli* verocitotossico dei germogli vegetali –, tutte aventi come origine la Germania. Nell'ultimo drammatico caso, il Laboratorio di riferimento della UE per l'E. coli, all'Istituto Superiore di Sanità, ha fornito un prezioso contributo alla soluzione della crisi diffondendo una metodologia in grado di realizzare tempestivamente l'analisi per verificare la presenza del batterio. L'Italia ha reagito bene in tutte le situazioni di emergenza. Il Ministero della Salute, i NAS, le Regioni e le Aziende Sanitarie Locali, nonché l'Istituto Superiore di Sanità e gli Istituti Zooprofilattici, rappresentano una rete di protezione del consumatore italiano e di supporto alle imprese del settore alimentare interessate all'esportazione.
19. Sono stati, infine, ridefiniti i compiti del Consiglio Superiore di Sanità, che ha ripreso il ruolo di organo di alta consulenza del Ministero.
20. Vanno anche ricordati i notevoli risultati conseguiti nella gestione della situazione di crisi sanitaria internazionale rappresentata dalla pandemia del nuovo virus influenzale A/H1N1. L'Italia ha potenziato e attivato diversi sistemi per monitorare l'andamento della pandemia, il suo impatto e l'efficacia delle misure di mitigazione e conteni-

mento messe in atto, attraverso una stretta sinergia di azioni di sorveglianza epidemiologica tra Ministero della Salute e Regioni. L'Italia è stata, inoltre, il primo Paese europeo ad attivare la campagna di vaccinazione per la nuova influenza.

I dati raccolti nella Relazione sullo Stato Sanitario del Paese dimostrano i miglioramenti conseguiti nella promozione della salute, nella lotta ai tumori, alle malattie infettive, alle malattie cardio- e cerebrovascolari e, più in generale, a tutte le patologie, agli infortuni stradali e sul lavoro, nell'utilizzo delle tecnologie innovative, nella sicurezza alimentare e nella sanità veterinaria.

Risultati positivi si registrano anche nell'efficientamento del sistema, nell'elaborazione di strategie, strumenti e modalità di controllo sia della sicurezza e della qualità delle cure sia dei vari fattori di spesa. Tali risultati fanno sì che il nostro Servizio Sanitario Nazionale continui a essere considerato a livello internazionale tra i primi nel mondo in termini di qualità e di universalità.

La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese testimonia, quindi, la validità dell'impegno congiunto portato avanti dalle Istituzioni centrali, regionali e locali che si è concretamente realizzato nel miglioramento delle condizioni sanitarie del Paese.

Il Ministro della Salute
Prof. FERRUCCIO FAZIO



Introduction

In this period of worldwide economic crisis, the Report on the Health Status in Italy during the years 2009-2010 attests that the Italian HealthCare System was able to provide effective answers to the severe challenges imposed by demographic and epidemiologic changes. Essentially, such answers were an improvement in survival, a decrease in mortality trends, and an increase in life expectancy; the latter, in particular, is among the highest in Europe.

These important achievements were reached through the implementation of shared policies between the Central Government and the Regions, aimed to guarantee the correct supply of the Essential Assistance Levels (EAL) all over the Country and, at the same time, limiting the disparity in the accessibility to services provided. All the different Institutions involved effectively contributed to the achievements of these goals.

In particular, in these two years:

- 1. Innovative policies of health promotion and protection were established. These included intervention at both a primary and secondary/tertiary prevention level. A special attention was paid to oncological and cardiovascular conditions, to frailty pathologies and to dental prevention.*
- 2. New models of health assistance were developed, with particular focus on primary care and continuity of assistance between hospitals and local healthcare providers. General practitioners were actively involved to guarantee full-time (24 hour a day) cover of the territory, with the additional aim to decrease the number of emergency situations in hospitals.*
- 3. An innovative model of assistance to elderly patients was established, again at a local level. This was mainly targeted at people with relevant frailty conditions, unable to self-care. Stakeholders were involved, and the accessibility to healthcare resources was increased.*
- 4. All the above were realized also by the Reform of Pharmacies, introduced with the Law n. 69/2009 and subsequent regulations. These regulations established new activities for Pharmacies: (i) to book health services and collect reports; (ii) to perform matrix and instrumental analyses for self-monitoring; (iii) to provide attention at a physiotherapeutic and nurse level; (iv) to support home assistance by healthcare providers, equipped with semi-automatic defibrillators.*
- 5. The Central Government and the Regions agreed upon a new National Plan for Waiting Lists for the period 2010-2012. Regions have strengthened their commitment to guarantee adequate access to health services. Specifically, strict, but at the same time clear, standards are applied to respect the priority classes. Elements of innovation include: (i) the establishment – by Regions and Autonomous Provinces – of maximal waiting times before specialist and/or hospital attention; (ii) the definition of the oncological and the cardiovascular areas as those requiring the most immediate development of standardized diagnostic and therapeutic procedures; (iii) the implementation of defined flows of information for the monitoring of in- and outpatient assistance; (iv)*

- the reporting of clear information on waiting times on the websites of Regions, Autonomous Provinces, and licensed healthcare institutions.*
- 6. The standard of quality of the National HealthCare System was improved through a redefinition of the Clinical Governance aimed to increase both the safety of patients and the specific responsibilities of different healthcare providers.*
 - 7. At the end of 2010, the Central Government and the Regions signed a 10-line agreement providing recommendations called “Guidelines to promote and improve the quality, safety, and appropriateness of assistance to pregnant women until delivery and the reduction of Caesarean section”.*
 - 8. The Law n 38/2010 represents a sign of excellence for our Country at a European level. This law defines the regulatory framework for palliative care and pain therapy across all ages, with a special attention to childhood, and standardized assistance networks and therapeutic approaches over the whole Italian territory.*
 - 9. The criteria for structural, technological and clinical appropriateness were defined for the most common diseases.*
 - 10. A process of rationalization was started for pharmacovigilance, with the aim to save health resources.*
 - 11. New criteria for the evaluation of research projects were adopted, in order to guarantee an open allocation of funding and the improvement of researchers, especially of younger researchers. With respect to previous experiences, the “Bando 2010” reinforces the cooperation between the National Research System and our researchers working in other countries. As a practical effort, it allocates 10,000,000€ for projects in joint cooperation between National Institutions and Italian researchers who have been working in other Countries for three years or more.*
 - 12. The New Informative Healthcare System (Nuovo Sistema Informativo Sanitario, NSIS) will provide complete health information to each individual, and may also be applied to similar systems in the fields of veterinary and food safety.*
 - 13. New progresses were achieved in the establishment of the National System of Control of Healthcare Assistance (Sistema nazionale di verifica e controllo sull’Assistenza Sanitaria, SiVeAS), EAL quality, waiting times and the appropriateness of the priority criteria, monitoring and assistance to meet the targets of budget specific for each Region involved in the so-called “Piano di Rientro”.*
 - 14. In particular, we started an intensive study and analysis to assess the policies adopted by each of these regions to meet its targeted budget, and to overcome the difficulties in the EAL optimizing their cost/efficacy ratio. Specifically, 143 meetings, which involved Regions, were held in the period 2007-March 2011. In previous years, every effort was aimed to reduce the debt by limiting expenses through close control of processes and wastages, but without the actual possibility to fix the ultimate causes leading to debt (also because of the Commissioning established by the Central Government). In recent times, management interventions were prompted, thanks to a reinforcement of the responsibilities and expertise of the Regional Management offices, and to the increasing diffusion of innovative models developed after inter-Regional discussion. New strategies have been approved regarding healthcare organization, hospitals, management of emergencies at a local level, informative systems, controls of the quality and appropriateness of services and development of Central Purchasing Offices.*
 - 15. Similar structural plans, aimed to increase efficiency, were established also in Regions not involved in the “Piano di Rientro”. The Ministry of Health coordinated and endorsed these initiatives, which included a reorganization of hospital networks and primary care, as well as the development of Central Purchasing Offices at a regional level, thanks to the important efforts of Consip, a stock company of the Ministry of Economy and Finance, in order to save health resources.*

16. *All the interventions provided by the National Healthcare system over the Country are being integrated. In particular, among initiatives to promote the diffusion of eHealth, the establishment of interventions to support patients care was prompted. These include Central Booking Centers (Centri Unici di Prenotazione, CUP), Electronic Health Reports (Fascicolo Sanitario Elettronico, FSE), telemedicine, electronic submission of prescriptions and medical certificates.*
17. *With respect to animal health, the dedicated offices of the Ministry of Health played a key role in the effective management of some international emergencies by applying a close control system and a prevention-oriented policy, in line with the European mandates. In fact, the Ministry of Health established effective emergency plans supported by adequate technical and human resources, involving both the Central Office for the Control of Animal Diseases and the local veterinary offices, which assists in facing crisis events.*
18. *The Italian model also appears to be the most adequate for the management of daily and emergency situations, in the field of food safety. In slightly more than one year, three crises in food safety occurred – blue mozzarella, dioxin in eggs and pork meat, contamination by verocytotoxic Escherichia coli in sprouts – all of which originated from Germany. In the contaminated sprout, dramatic situation, the EU reference laboratory for E. coli, at the “Istituto Superiore di Sanità”, provided a key contribution to overcome the crisis by developing a method to rapidly identify the presence of these bacteria. Italy responded well in every emergency situation. The Ministry of Health, dedicated Public Security Departments (i.e., the NAS), Regions and local Healthcare offices, the “Istituto Superiore di Sanità” and Institutes for Zoonoses protect the Italian consumer and support the food Companies involved in export.*
19. *The responsibilities of the “Consiglio Superiore di Sanità” were re-defined, and this office has taken again its capacity of “High Consultancy” of the Ministry.*
20. *The remarkable results in the management of the international emergency due to the influenza virus A/H1N1 are worth mentioning. Italy reinforced and activated several systems to monitor the course and impact of pandemic, as well as the efficacy of counter-measures taken to limit its diffusion; these efforts were reached by a synergistic surveillance by the Ministry of Health and the Regions. Moreover, Italy was the first European country to activate a vaccination campaign against this new influenza virus.*

The data presented in the Report on the Health Status in Italy demonstrate the important improvements achieved in the promotion of health, in the fight against cancer, infective diseases, cardio- and cerebrovascular disease and, more in general, in all pathologies, in traffic- and work-related injuries, in the use of new technologies, in food safety and animal health.

Positive results were reached in the improvement of the efficacy of the system, in the development of new strategies, tools and control policies, in the safety and quality of care and in the reduction of costs. These achievements support the notion that our National Healthcare System is among the most advanced in the World in terms of quality and universality.

The Report on the Health Status in Italy therefore witnesses the validity of the joint efforts performed by Central Regional and Local Institutions, which have improved, in concrete terms, the health conditions of our Country.

The Minister of Health
Prof. FERRUCCIO FAZIO

PAGINA BIANCA



Prefazioni

Sono lieta di introdurre questa Relazione, che rappresenta uno straordinario strumento di informazione fotografando la situazione sanitaria in Italia ed evidenziando come il Ministero della Salute sia fortemente impegnato ad affrontare tutte le sfide che quest'epoca ci impone.

Nella gestione del sistema salute si delineano con chiarezza i trend sia sul piano epidemiologico che su quello demografico e viene perseguito l'obiettivo di centralità del paziente.

Ampio spazio è dedicato, inoltre, agli interventi di prevenzione che vanno a incidere in maniera rilevante sui determinanti della salute, come l'ambiente, gli stili di vita, l'attività fisica, le abitudini alimentari, la lotta al fumo e la lotta alla dipendenza da alcool, così come da sostanze stupefacenti o psicotrope.

Grande attenzione è poi rivolta alla materia della sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti, per le quali il nostro Paese è in linea con gli standard internazionali di maggiore livello qualitativo.

Sul piano assistenziale emerge con estrema chiarezza la diffusione di buone prassi come il passaggio fondamentale a una visione olistica del paziente, ove soltanto attraverso la presa in carico globale è possibile garantire una risposta unitaria ai bisogni della persona ed evitare quei vuoti nel percorso di tutela che impediscono una corretta continuità nell'assistenza.

In tale contesto il Servizio Sanitario Nazionale risulta sempre di più impegnato a sviluppare omogeneamente una sanità di qualità in regime di appropriatezza e sicurezza per il paziente nel quale il Piano Sanitario Nazionale assolve un ruolo di primaria importanza.

A questo prezioso strumento è affidato il preciso compito di delineare gli obiettivi da raggiungere per tutelare il diritto alla salute sancito dalla nostra Carta Costituzionale.

Compito delle Istituzioni è creare le condizioni affinché i professionisti del mondo sanitario possano svolgere il loro mandato al servizio dei cittadini compatibilmente con il tema dirimente della sostenibilità e dell'equilibrio di bilancio.

La riforma federalista ha assegnato alle Regioni potestà di governo e di gestione delle risorse in ambito sanitario e le richiama al principio della responsabilità amministrativa e gestionale. Tutto ciò va garantito attraverso un sistema di governance nazionale, regionale e aziendale capace di assicurare un costante equilibrio tra il sistema delle prestazioni e le risorse investite.

Da qui la necessità del coinvolgimento di tutti gli operatori del sistema, comprese le associazioni di rappresentanza di categoria, che possono svolgere un ruolo determinante per il raggiungimento di tali obiettivi.

Questa è una grande rivoluzione che, agganciando definitivamente l'azione di Governo al principio della responsabilità, deve inderogabilmente portare al mantenimento dello straordinario valore etico del nostro sistema sanitario universalistico che fa onore alla civiltà del nostro Paese, operando nell'ottica del raggiungimento dell'obiettivo altrettanto etico dell'equilibrio di bilancio nel 2013.

On. FRANCESCA MARTINI

Sottosegretario di Stato al Ministero della Salute

La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese è un prezioso osservatorio sulla salute degli italiani, come pure sullo sviluppo e l'evoluzione delle nostre politiche sociosanitarie, da un punto di vista sia assistenziale, sia della ricerca di base e clinica.

I continui progressi nel campo della biomedicina offrono cure e terapie sempre più appropriate ed efficaci, ma al tempo stesso pongono problematiche inedite che superano i confini della medicina così come tradizionalmente percepiti, per investire ambiti più propriamente culturali, antropologici, economici e sociali, soprattutto nel nostro tempo incerto segnato dalla grave crisi economica internazionale e dal pesante debito pubblico con cui l'Italia deve fare i conti. Oggi più che mai bisogna operare scelte ben ponderate, che da un lato permettano di non sprecare risorse, ma dall'altro assicurino un'adeguata presa in carico delle persone che versano in condizione di maggiore fragilità. Il nostro sistema sanitario, apprezzato a livello internazionale proprio per la sua capacità inclusiva, dovrà essere in grado di misurarsi con i mutamenti senza perdere le sue migliori caratteristiche.

L'approvazione parlamentare della legge sulle cure palliative, per esempio, è stata certamente una risposta forte alla domanda di vivere con dignità, fino agli ultimi momenti, i percorsi di malattia che non giungono a guarigione; ma la sua applicazione non potrebbe essere piena se mancasse quella trama solidale di relazioni parentali e amicali intorno al malato terminale. Si tratta di reti spontanee che sicuramente possono essere promosse, sostenute, tutelate dalle varie istituzioni, locali e nazionali, e da iniziative politiche efficaci, ma che nascono solamente dalla coscienza di appartenere, tutti, alla medesima comunità umana, che condivide lo stesso destino, e che ha a cuore, come bene primario, il valore della vita sempre e in tutte le condizioni.

Per questo è stato importante il lavoro delle Associazioni dei familiari di persone in stato vegetativo, che ha portato alla pubblicazione, da parte del nostro Ministero, di un libro bianco che racconta prima di tutto la condizione umana di chi vive questa esperienza, descrivendo allo stesso tempo i bisogni clinici, medici, economici e di assistenza delle famiglie che hanno una persona cara in questa situazione di disabilità estrema. Un contributo unico nel suo genere, che è stato il punto di partenza per la stesura dell'accordo tra Stato, Regioni ed Enti locali concluso nel maggio di quest'anno, con cui sono state disegnate le "linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e di minima coscienza", al fine di migliorare e uniformare il più possibile nel Paese le modalità di assistenza e recupero delle persone che si trovano ad attraversare il lungo cammino per uscire dal coma. Il testo dell'accordo, infatti, cita esplicitamente il contributo delle Associazioni dei familiari all'attuazione del percorso di cura indicato dal documento stesso, in collaborazione con le Istituzioni.

Anche l'azione sul fronte materno-infantile si è svolta con la medesima particolare attenzione alle situazioni sociali e alle conseguenze non solo assistenziali, ma anche economiche e culturali delle politiche sanitarie intraprese.

La campagna di promozione dell'allattamento materno, per esempio, proposta dal Comitato multisettoriale per l'allattamento materno in occasione della festa della mamma, si è svolta interamente sul territorio, scegliendo alcune tra le Regioni italiane che presentano particolari criticità in questo ambito. Il villaggio mobile che ha attraversato importanti città e Province meridionali è stato il punto di riferimento per operatori locali del settore sanitario dei servizi materno-infantili, ma anche per cittadini e amministratori i quali, insieme agli esperti del Ministero, hanno proposto incontri e materiale informativo, consulenze di specialisti e collegamenti con le associazioni attive sul territorio. La campagna si è concentrata sul rapporto diretto tra gli operatori e le famiglie, genitori ai quali è stato proposto l'allattamento materno non solo in quanto ineguagliabile nutrimento per ogni bambino, ma anche come momento privilegiato per il rapporto del neonato con la sua mamma e, di conseguenza, con il papà.

Il continuo miglioramento e la costante promozione del percorso nascita ha avuto come risultato il primato del nostro Paese nella lotta alla mortalità materna, che ha raggiunto il va-

lore minore fra tutti quelli certificati e pubblicati in autorevoli riviste scientifiche internazionali, nonostante i dati mostrino un ricorso al parto cesareo in Italia eccessivo e superiore alle reali necessità, specie in alcune Regioni. Si è giudicato opportuno, quindi, un intervento mirato per limitare questi interventi solo ai casi in cui sia evidente la loro appropriatezza. L'accordo tra Stato, Regioni ed Enti locali con cui è stato approvato il documento "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" ha significato una serie di misure volte a migliorare l'appropriatezza dell'intero percorso nascita, con particolare attenzione alle politiche sanitarie locali e a una compiuta integrazione fra territorio e ospedale. Le dieci linee che descrivono l'accordo siglato fra autorità sanitarie centrali e regionali comprendono anche la costituzione di un organismo con il compito di monitorare e coordinare permanentemente l'attuazione delle linee di indirizzo: si è definita, in questo modo, una sorta di "osservatorio" del percorso nascita, che nel tempo sarà sempre più il riferimento delle politiche materno-infantili per quanto riguarda il coordinamento fra centro e territorio.

Occuparsi di materno-infantile significa anche sorvegliare l'attuazione di norme e di comportamenti che riguardano le maternità negate. La commercializzazione nel nostro Paese della pillola abortiva nota come Ru486 ha introdotto un nuovo metodo di interruzione volontaria di gravidanza precoce, mediante procedura farmacologica. Anche in questo caso il Ministero ha emanato linee di indirizzo per garantire che le nuove tecniche si affermino nel pieno rispetto della Legge 194, garantendo una costante tutela della salute fisica e psicologica della donna. Le indicazioni ministeriali, basate su tre pareri diversi del Consiglio Superiore di Sanità, interrogato più volte a riguardo, consentono un monitoraggio scrupoloso di una procedura che, se non gestita con la necessaria attenzione, potrebbe scivolare verso forme di aborto domiciliare, sfociando in prassi che possono mettere a rischio la salute femminile. L'indicazione del ricovero ospedaliero ordinario per tutta la durata del processo abortivo, dall'assunzione del prodotto fino all'espulsione dell'embrione, è la condizione fondamentale perché questa procedura abortiva avvenga nelle migliori condizioni di sicurezza per la donna.

Il dato positivo del continuo e costante calo delle interruzioni volontarie di gravidanza nel nostro Paese non deve farci abbassare la guardia, ma piuttosto incoraggiare le politiche di sostegno delle maternità difficili.

Continuano ad aumentare le nascite a seguito di interventi di procreazione medicalmente assistita: cresce il numero delle coppie che ha accesso a tali tecniche, dei cicli di trattamento somministrati e dei bambini nati. Se, da un lato, questo andamento significa un buon funzionamento della Legge 40 che regola questo settore, e testimonia il buon livello professionale degli operatori, al tempo stesso non può non preoccupare l'aumento di coppie sterili e infertili del nostro Paese.

Importanti, dunque, le campagne informative mirate a rendere più coscienti le coppie, e specialmente le donne, sulle reali aspettative che si debbono nutrire nei confronti di queste tecniche, perché i limiti biologici alla procreazione, a cominciare da quello dell'età, non sempre sono superabili. La trasparenza e la correttezza delle informazioni, in un campo come questo, sono indispensabili per evitare dolorose illusioni e per operare scelte il più possibile consapevoli.

Il recepimento di direttive europee a garanzia della qualità, sicurezza e tracciabilità di cellule e tessuti a uso clinico, applicate per la prima volta al settore della procreazione medicalmente assistita, ha significato la formulazione di requisiti che consentono ai centri PMA di adeguarsi agli alti standard di qualità richiesti dalla Comunità Europea. Il graduale inserimento di queste indicazioni all'interno delle Linee guida della Legge 40 costituirà un'ulteriore garanzia per la salute dei cittadini.

On. EUGENIA ROCCELLA

Sottosegretario di Stato al Ministero della Salute



Forewords

***I**t is a pleasure for me to present this Report, an exceptional information tool that captures the health situation in Italy and highlights the Ministry of Health's commitment to tackling the challenges that this era imposes.*

In the management of the health system, well-defined epidemiological and demographic trends emerge and a patient-oriented approach is maintained.

Significant attention is dedicated to those prevention initiatives that have a significant impact on the determinants of health, such as the environment, lifestyles, exercise, eating habits, smoking and alcohol, drug and psychoactive substance abuse.

Another key aspect is veterinary public health and food safety, for which our country is in line with the very highest international standards.

On a healthcare level, there is clear evidence of the diffusion of good practices such as the fundamental switch to a holistic vision of the patient, based on the concept that it is only through overall management that we can guarantee a united response to the person's needs and avoid the gaps in the process that prevent continuity of care.

In this context, the National Health Service is increasingly committed to the homogeneous development of quality healthcare in a vision of appropriateness and patient safety in which the National Healthcare Plan plays a role of primary importance.

This crucial instrument is assigned the specific job of setting the targets to be met in order to safeguard the right to health as indicated in the Italian Constitution.

The Institutions are responsible for creating the conditions that allow healthcare professionals to fulfil their obligations in serving citizens in line with the essential topics of sustainability and a balanced budget.

Under the recent federalist reform, the Regional Authorities were appointed the governance and management of healthcare resources, and were called on to observe the principles of administrative and managerial accountability.

These observations must be guaranteed through a system of national, regional and local governance able to ensure a constant balance between the system of services and the resources invested.

This calls for the involvement of all the players in the system, including the professional associations that may play an essential role in achieving these objectives.

This is a great revolution that, by definitively connecting Government action with the principle of accountability, must lead to the maintenance of the extraordinary ethical value of our holistic healthcare system, which is a tribute to the civilisation of our country, by working within the context of achieving the equally ethical objective of a balanced budget in 2013.

Hon. FRANCESCA MARTINI
Under Secretary of State to the Ministry of Health

The Report on the state of the country's health is a valuable overview of the health of the Italian population, as well as the development and evolution of our social and health policies, from a healthcare, basic research and clinical standpoint.

The continuous progress made in the biomedicine field yields increasingly appropriate and efficacious treatments and therapies, but at the same time it poses new problems that go beyond the frontiers of medicine as it is conventionally perceived, to involve more cultural, anthropological, economic and social contexts, particularly in these times of uncertainty characterised by the serious international financial crisis and the hefty public debt that Italy has to deal with. More than ever before, we need to take well pondered decisions that on the one hand allow us not to waste resources and on the other guarantee adequate management of the more vulnerable sections of the population. Our healthcare system, acknowledged on an international level for its inclusive capacity, must be able to measure up to current changes without losing its best qualities.

Parliamentary approval of the law on palliative care, for example, was undeniably a strong response to the demand to live incurable diseases with dignity, right to the very end. However, it could never reach full application in the absence of the solid fabric of family and friends surrounding the terminal patient. These are spontaneous networks that can undoubtedly be promoted, supported and protected by local and national institutions and by efficacious political initiatives; however they only originate from the awareness that we all belong to the same human community, which shares a common destiny and that focuses, as its primary asset, on the value of life – always and under all circumstances.

This is what is so important about the work of the associations that bring together the families of people in a vegetative state, which led to the publication, by this Ministry, of a white paper that first of all discusses the human condition of whoever lives this experience and at the same time describes the clinical, medical, financial and care needs of families who have a loved one in this situation of extreme disability. This unique contribution formed the basis for the drafting of an agreement between State, Regional and Local Authorities that was completed in May this year and that outlined the “caregiving guidelines for people in a vegetative or minimally conscious state”, in order to improve and harmonise as far as possible, on a nationwide scale, the care and recovery programmes for those who undertake the long journey that is coming out of a coma. The wording of the agreement explicitly mentions the contributions made by family associations in the implementation of the treatment pathway indicated in the document, in conjunction with the Institutions.

Action on the mother and child health front has also been characterised by the same, special attention to social situations and not merely the caregiving, but also the financial and cultural consequences of the health policies undertaken.

The breastfeeding promotion campaign, for example, put forward by the Multisector Breastfeeding Promotion Committee on Mother's Day, covered all areas of the country, choosing some of the Italian region in which this practice is in a particularly critical situation. The mobile village that passed through important cities and provinces in the south of the country provided a meeting place for local professionals working in the mother and child healthcare sector, as well as citizens and administrators who, together with the Ministry's experts, organised meetings and distributed informative material, provided specialist advice and established links with local associations. The campaign focused on the direct relationship between sector professionals and families, parents who were encouraged to breastfeed not merely on account of the unparalleled nourishment it provides for the baby, but also as a special opportunity in which the new-born establishes a relationship with his/her mother and, consequently, also with his/her father.

The on-going improvement and constant promotion of the birth process has put Italy in a leading position as regards the prevention of maternal mortality, as it achieved the lowest value amongst the countries certified and published in authoritative international scientific

journals, despite the fact that data shows that excessive, unnecessary use is still made of caesarean births, particularly in certain Regions. This urged a specific initiative to reduce the use of this kind of procedure to those cases in which it is strictly necessary. The agreement between the State, Regional and Local Authorities that approved the document "Guidelines for the promotion and improvement of the quality, safety and appropriateness of healthcare in the birth process and for the reduction of caesarean births" introduced a series of measures aimed at improving the appropriateness of the whole birth process, with particular attention on local health policy and full integration between community and hospital services. The ten points that describe the agreement between central and regional health authorities also include the establishment of a body with the task of permanently monitoring and coordinating the implementation of the guidelines: this allowed the definition of a sort of "monitoring centre" for the birth process that will increasingly become the landmark for mother and child health policy-making as regards the coordination between central and local levels.

Dealing with mother and child health also means supervising the implementation of regulations and behaviour involving other aspects of pregnancy and maternity. The marketing in Italy of the abortion pill known as Ru486 introduced a new, pharmacological method for the voluntary interruption of unwanted pregnancies. Once again the Ministry issued guidelines to guarantee that new techniques assure full observation of Law 194, thereby guaranteeing the constant protection of women's physical and mental health. Ministerial indications based on three different opinions issued by the Consiglio Superiore di Sanità [National Health Council], which has been questioned on the issue several times, allow a stringent monitoring of a procedure that, unless it is managed with the necessary attention, could slip towards forms of home abortion, leading to practices that would put women's health at risk. Mandatory hospitalisation for the duration of the abortion process, from the time the product is administered through to the expulsion of the embryo, is the fundamental condition that makes sure that the abortion procedure takes place in the best possible conditions for the woman's health.

The positive indication of the continuous and constant drop in voluntary interruption of pregnancies in Italy should not make us lower our guard; rather it should encourage policies that support difficult pregnancies.

There has been a continuing increase in the number of births following medically-assisted procreation procedures, with a rise in the number of couples accessing these techniques, the cycles of treatment administered and the babies born. Although, on the one hand, this trend is indicative of the successful implementation of Law 40, which governs this sector, and also indicates the high level of our sector professionals, at the same time, it cannot not generate concerns about the increase in sterile and infertile couples in our country.

This places great importance on the information campaigns aimed at making couples, and particularly women, more aware of the realistic expectations that they should have in relation to these techniques, because the biological limits to procreation, particularly that of age, cannot always be overcome. The transparency and correctness of information, in a field such as this, are essential to avoiding painful illusions and making the better-informed choices possible.

The assimilation of European directives guaranteeing the quality, safety and traceability of cells and tissues for clinical use, applied for the first time to the medically-assisted procreation sector, has called for the formulation of requisites that allow medically-assisted procreation centres to meet the high quality standards required by the European Community. The gradual introduction of these indications into Law 40 guidelines will constitute an additional guarantee for citizens' health.

Hon. EUGENIA ROCCELLA
Under Secretary of State to the Ministry of Health



Sintesi della Relazione

La situazione sanitaria del Paese

1. Quadro generale

1.1. Struttura e dinamica demografica

Al 1° gennaio 2011 i residenti sono 60.626.442 unità. Il Nord è la ripartizione con il maggior numero di residenti, 27 milioni e 700.000 unità, pari al 45,8% del totale. Al Centro i residenti sono, invece, quasi 12 milioni, il 19,7%, mentre nel Mezzogiorno sono quasi 21 milioni, pari al 34,5%. Nel 2010 la dinamica naturale (differenza tra nascite e decessi) registra un saldo negativo di 25.544 unità. Il numero dei nati vivi in Italia nel corso del 2010 è 562.000 unità, per un tasso di natalità pari a 9,3 per 1.000 abitanti. Il numero dei decessi è invece 587.488 unità, per un tasso di mortalità pari a 9,7 per 1.000 abitanti. Dal secondo dopoguerra a oggi, si tratta del livello di mortalità più alto dopo quello avuto nel 2009 (592.000), a conferma del fatto che la popolazione è profondamente interessata dal processo di invecchiamento.

Le Regioni del Nord e del Centro sono caratterizzate da un saldo naturale negativo, rispettivamente -0,6 e -1,1 per 1.000 abitanti, quelle del Mezzogiorno da un saldo naturale ancora positivo, +0,2 per 1.000. La componente migratoria del 2010 risulta assai positiva grazie a oltre 1 milione e 870.000 iscrizioni contrapposte a 1 milione e 560.000 cancellazioni. Il saldo migratorio è pertanto di circa 310.000 unità, per un tasso pari a 5,2 per 1.000 abitanti.

Alla stessa data l'indice di vecchiaia, ossia il rapporto tra la popolazione che ha 65 anni e più e quella con meno di 15, è pari al 144,5%. Il processo di invecchiamento in-

veste tutte le Regioni d'Italia, particolarmente quelle settentrionali e centrali, per le quali l'indice di vecchiaia è ben oltre la soglia di parità, con valori rispettivamente pari al 155,7% e al 160,4%. Analizzando la struttura per età, gli individui con 65 anni e oltre hanno raggiunto il 20,3% della popolazione, i giovani fino a 14 anni sono il 14% e la popolazione in età attiva, 15-64 anni, è pari a meno dei due terzi del totale. All'1 gennaio 2011 si stima che la popolazione straniera residente nel nostro Paese ammonti a 4.570.317 unità, ovvero il 7,5% della popolazione totale. Rispetto all'1 gennaio 2010 l'incremento è pari a 335.258 unità (+7,3%).

1.2. Mortalità generale e aspettativa di vita

Nel periodo che va dal 2001 al 2008, ultimo anno disponibile, il tasso grezzo di mortalità non ha subito grandi variazioni, attestandosi su valori pari a circa 10 per 1.000 negli uomini e 9,7 per 1.000 nelle donne, sebbene il numero assoluto dei decessi sia aumentato, passando da 556.892 casi del 2001 a 581.470 del 2008. L'analisi dei tassi standardizzati nel periodo 2001-2008 evidenzia, invece, un notevole declino della mortalità: -13% per gli uomini e -11% per le donne. L'analisi della mortalità infantile dal 2001 al 2008 mostra un andamento del fenomeno in continua diminuzione, con una riduzione nel periodo del 22% per i maschi e del 24% per le femmine. Il numero di decessi nel primo anno di vita per i maschi passa da 1.370 nel 2001 a 1.108 nel 2008 e per le femmine, rispettivamente, da 1.112 a 889 casi, nonostante un aumento del nume-

ro di nati vivi nel periodo. Le variazioni del tasso di mortalità infantile sono ancora più consistenti: passando nei maschi da 4,92 per 1.000 nati vivi del 2001 a 3,79 del 2008 e nelle femmine da 4,21 a 3,21.

La geografia della mortalità a livello regionale subisce alcune variazioni negli otto anni in esame, ma la diminuzione dei tassi standardizzati osservata a livello Italia si riscontra, seppure con entità diverse, in tutte le Regioni. I miglioramenti sono stati generalmente più alti nelle Regioni inizialmente più svantaggiate e, anche se rimane una forte cograduazione tra il 2008 e il 2001, diminuisce la forbice tra gli estremi. Il quadro migliore si conferma essere quello delle Marche, che presentano il tasso più basso per entrambi i sessi; per le donne solo le Province Autonome di Trento nel 2001 e di Bolzano nel 2008 raggiungono valori della mortalità inferiori alle Marche.

Tra le Regioni che hanno avuto miglioramenti importanti per entrambi i sessi vi è la Regione Sardegna.

Andando ad analizzare, invece, le Regioni con i livelli peggiori di mortalità, si conferma l'ultimo posto della Campania nonostante importanti miglioramenti per entrambi i sessi nei valori del tasso standardizzato. La Sicilia mantiene la penultima posizione per la mortalità femminile a fronte di un importante miglioramento del tasso; preoccupa, invece, il peggioramento nella graduatoria dei tassi maschili, nella quale la Regione passa da livelli inferiori a quelli nazionali a livelli abbondantemente superiori: da 127,68 per 10.000 abitanti del 2001 (valore nazionale: 129,41) a 116,01 del 2008 (valore nazionale: 112,38).

L'analisi della geografia della mortalità infantile del 2008 mostra grandi differenze regionali: evidente è il persistere dello svantaggio del Mezzogiorno, con un tasso di mortalità infantile pari a 4 per 1.000 nati vivi, rispetto al Centro e soprattutto al Nord del Paese, che presentano valori pari, rispettivamente, a 3,6 e 3 per 1.000.

Per quanto concerne l'analisi della soprav-

Tabella. Speranza di vita alla nascita e a 65 anni per Regione di residenza e sesso (Anno 2008)

Regione di residenza	Speranza di vita alla nascita		Speranza di vita a 65 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte-Valle d'Aosta	78,7	83,8	17,8	21,4
Lombardia	78,9	84,3	17,8	21,7
Liguria	78,8	83,8	17,9	21,6
Trentino Alto Adige/Südtirol	79,2	85,1	18,2	22,4
PA di Bolzano	79,2	85,2	18,1	22,4
PA di Trento	79,2	85,0	18,0	22,3
Veneto	79,0	84,8	18,0	22,2
Friuli Venezia Giulia	78,5	84,1	17,6	21,7
Emilia Romagna	79,5	84,4	18,3	21,9
Toscana	79,4	84,5	18,3	21,8
Umbria	79,3	84,4	18,2	21,9
Marche	79,8	85,0	18,6	22,4
Lazio	78,9	84,0	18,1	21,5
Abruzzo-Molise	78,7	84,5	18,1	22,0
Campania	77,2	82,6	16,9	20,4
Puglia	79,2	84,1	18,2	21,5
Basilicata	79,2	83,9	18,3	21,6
Calabria	78,7	83,9	18,2	21,4
Sicilia	78,3	83,1	17,6	20,8
Sardegna	78,6	84,2	18,4	21,8
Italia	78,8	84,1	17,9	21,6

Fonte: Istat. <http://demo.istat.it/> – Anno 2008.

vivenza a livello nazionale, la speranza di vita alla nascita nel 2008 è pari a 78,8 anni per gli uomini e a 84,1 per le donne, mentre a 65 anni si stima una sopravvivenza, rispettivamente, di 17,9 e 21,6 anni.

1.3. Qualità della sopravvivenza: confronti internazionali

Sebbene la speranza di vita alla nascita sia in Europa una delle più alte al mondo e pari a 76,1 anni per gli uomini e a 82,2 anni per le donne, troppi sono ancora gli anni vissuti con limitazioni severe o moderate nelle attività quotidiane. Le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini. I differenziali che si osservano tra gli uomini e le donne tendono a ridursi fortemente quando si prende in considerazione un indicatore che misura la qualità degli anni vissuti: questo è vero sia per il valore medio europeo, sia per tutti i Paesi presi singolarmente. In particolare, in Italia nel 2007, sebbene le donne abbiano una vita media di 5,5 anni più elevata degli uomini (84,2 anni rispetto ai 78,7), hanno in media 6,4 anni in più da vivere con disabilità (22,3 anni rispetto ai 15,9).

I dati elaborati da Eurostat mostrano chiare differenze tra gli Stati membri nella speranza di vita senza disabilità. Il valore medio europeo è per gli uomini di 61,5 anni, tuttavia esso varia da un minimo di 52 anni in Lettonia e Slovacchia a un massimo di 71 anni in Islanda. Gli uomini italiani si caratterizzano nel quadro europeo per avere un'elevata longevità (terzi solo dopo gli islandesi e gli svedesi), ma un valore inferiore rispetto a quello medio europeo nella percentuale degli anni vissuti liberi da disabilità (79,6%). La speranza di vita senza disabilità è di 62,8 anni, valore di circa un anno superiore alla media europea.

Come già anticipato, nelle donne dell'Ue-27 il valore medio della percentuale degli anni senza disabilità sul totale degli anni vissuti è più basso rispetto a quello osservato negli uomini e pari al 75,8%. Le donne italiane si caratterizzano per avere una sopravvivenza complessiva tra le più alte in Europa: il valore di 84,2 anni è più basso solo di quello osservato per le spagnole (84,3 anni)

e per le francesi (84,9 anni); tuttavia, in forte analogia con quanto osservato negli uomini italiani, la percentuale degli anni vissuti senza limitazioni (73,5%) è inferiore a quella europea. Nelle donne la speranza di vita libera da disabilità è di 61,9 anni, mentre quella Ue-27 è di 62,3 anni.

L'aspettativa di vita per un cittadino di 65 anni dell'Europa a 27 Paesi è di 17 anni se uomo e di 20,5 anni se donna. Tuttavia, il vantaggio femminile di 3,5 anni si annulla quando si misurano gli anni senza disabilità: un uomo e una donna di 65 anni possono contare di vivere, rispettivamente, 8,7 e 8,9 anni in assenza di limitazioni severe o moderate nelle attività della vita quotidiana. La riduzione dei differenziali di genere che si osserva passando dalla speranza di vita al valore dell'HLY avviene in tutti i Paesi considerati: in quelli che si affacciano sul Mediterraneo la situazione si capovolge e il valore della speranza di vita senza disabilità è maggiore negli uomini. In Italia le donne e gli uomini hanno la speranza di vita a 65 anni di 21,8 anni e di 18 anni e una speranza di vita senza disabilità rispettivamente di 7,2 e 7,9 anni.

1.4. Cause di morte

Nell'attuale scenario demografico le malattie cronico-degenerative, legate al processo di invecchiamento dell'organismo, si confermano principali cause di morte: le malattie del sistema circolatorio e i tumori rappresentano, ormai da anni, le prime due più frequenti cause di morte, responsabili nel 2008 di ben 7 decessi su 10 (396.692 su 578.190 decessi totali).

Fra gli uomini, le malattie del sistema circolatorio, per la prima volta nel 2008, divengono la prima causa di morte (97.953 decessi su 281.824 totali), superando i tumori (97.441). Tra le donne invece, come già osservato da tempo, le malattie cardiovascolari si confermano principale causa di morte con 126.531 decessi su 296.366 (43%), mentre i tumori, responsabili di 74.767 decessi (25%), rappresentano la seconda grande causa di decesso.

Molto meno frequenti, rispetto a malattie del sistema circolatorio e tumori, sono tut-

te le altre cause: le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di decesso, sia per gli uomini sia per le donne (7% e 6%, rispettivamente), seguite dalle cause violente fra gli uomini (5%) e dalle malattie endocrine e del metabolismo (5%) fra le donne, prevalentemente imputabile al diabete mellito, che da solo è responsabile del 4% di tutti i decessi femminili.

Le malattie del sistema circolatorio sono prerogativa delle fasce più anziane della popolazione. Esse rappresentano la causa principale di morte dopo gli 85 anni di età sia per gli uomini sia per le donne e fra queste ultime lo sono già a partire dai 65 anni. La gran parte delle malattie del sistema circolatorio è imputabile alle malattie ischemiche del cuore (quali l'infarto del miocardio) e alle malattie cerebrovascolari (come l'ictus).

I tumori, prerogativa della popolazione adulta e matura, rappresentano la prima causa di decesso dopo i 45 anni di età e fino all'età di 84 anni, negli uomini e nelle donne fino a 64 anni, prima del "sorpasso" a opera delle malattie del sistema circolatorio. Il tumore del polmone fra gli uomini (la cui mortalità è 7,95 per 10.000) e il tumore della mammella fra le donne (3,67 per 10.000) sono responsabili del maggior numero di morti attribuibili a neoplasie;

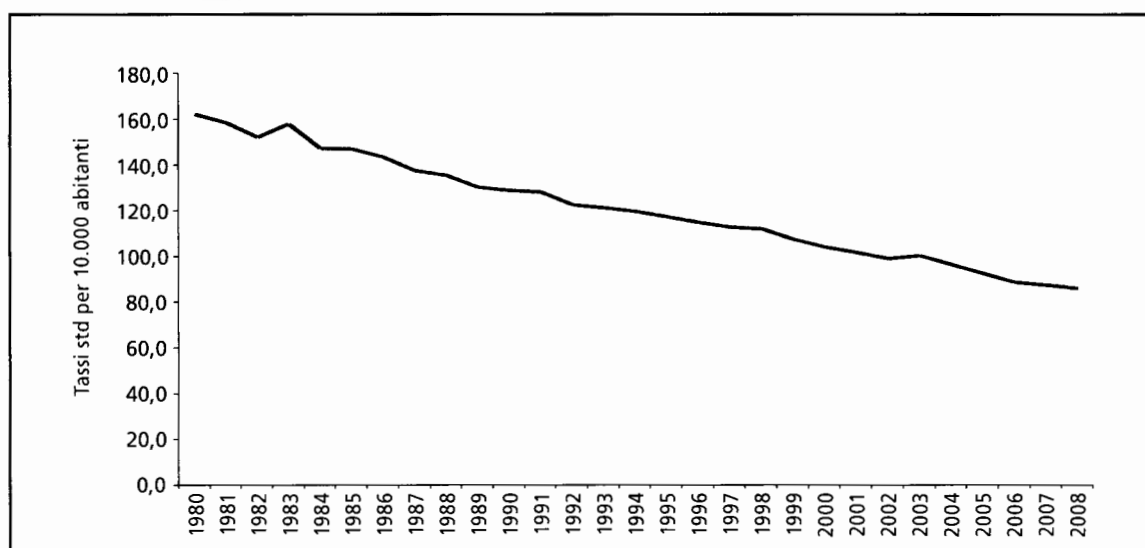
queste due sedi tumorali sono le più frequenti in tutti i gruppi di età della popolazione dopo i 45 anni.

Nella classe di età dei giovani adulti (15-44 anni), la prima causa di morte è rappresentata dalle cause violente. Su 14.169 complessive 5.073 sono dovute a cause violente (per lo più incidenti stradali). Seguono i tumori, che in questa classe di età sono prevalentemente leucemie e linfomi.

Importanti differenze di genere si osservano in questo gruppo della popolazione: il rapporto uomini/donne del tasso età-specifico relativo alla mortalità generale è in questo gruppo di età il più alto fra quelli osservabili ed è dovuto principalmente alla differenza in termini di mortalità per cause violente, che fra gli uomini è ben 5 volte superiore a quello osservato fra le donne. Per questa ragione, le cause violente rappresentano la prima causa di morte fra i 15 e i 44 anni solo per gli uomini, mentre fra le donne della stessa classe il primato spetta ancora ai tumori e ancora una volta al tumore della mammella.

Fra i bambini e adolescenti con meno di 15 anni, il numero di decessi è stato di 2.739, principalmente dovuti a condizioni che originano dal periodo perinatale (40%) e da malformazioni congenite e anomalie cro-

Figura. Mortalità totale. Tassi standardizzati per età (per 10.000 abitanti) – Italia 1980-2008: uomini.



Fonte: Elaborazione Istituto Superiore di Sanità su dati Istat.