lo privato si integrano fra loro per obiettivi di salute comuni, è stata realizzata un'esperienza di riferimento per altre Regioni italiane e per altri interventi rivolti a differenti gruppi di popolazione.

Programmazione sanitaria

LA RETE DI EMERGENZA – Sul tema del potenziamento dei servizi di *emergenza – urgenza*, nel periodo di vigenza del piano sono state emanate le Linee Guida sull'organizzazione dei servizi sanitari con elicottero, le Linee Guida per il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici, le Linee Guida per le unità spinali unipolari, per la gestione dello stroke. In relazione all'obiettivo di *garanzia e monitoraggio della qualità dell'assistenza sanitaria e le tecnologie biomediche*, sono state promosse iniziative per divulgare esperienze di miglioramento della qualità all'interno dei servizi per la salute e implementare la cultura della qualità che rende efficace il sistema, consentendo di attuare un miglioramento continuo, guidato dai bisogni dell'utente.

IL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO E IL PROGETTO MATTONI – Nella sua applicazione il PSN 2003-2005 ha fatto emergere la necessità di procedere ad una "messa in ordine" degli elementi fondamentali del SSN, attraverso il completamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e l'ampio progetto collaborativo Ministero-Regioni denominato Progetto Mattoni.

La capacità di bilanciare i costi con la qualità rappresenta una delle principali sfide per il sistema sanitario. Per realizzare tale obiettivo si sta elaborando il progetto NSIS, Nuovo Sistema Informativo Sanitario, strumento attraverso il quale cogliere e analizzare il percorso dei cittadini-pazienti dentro il sistema sanitario fornendo informazioni circa:

- il bisogno sanitario, rappresentato da quanto si genera nel rapporto fra medico e paziente;
- la capacità di risposta del SSN attraverso la propria rete di strutture assistenziali ospedaliere e territoriali.

L'incontro fra queste due dimensioni di analisi permetterà di popolare una base dati informativa leggibile, a seconda delle necessità di monitoraggio dei LEA e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, dei costi, delle liste di attesa, del ciclo di vita, dell'utilizzo dei farmaci e della farmacovigilanza, della tutela della salute mentale e degli investimenti pubblici in sanità. La condivisione di indicatori tramite sistemi cruscotto accessibili a tutte le istituzioni interessate permetterà di realizzare operazioni di *benchmarking* fra le diverse realtà regionali. Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) è però un mosaico – costituito dalla federazione e dalla cooperazione dei sistemi informativi sanitari regionali – le cui tessere sono costituite dalla presenza capillare, negli ospedali e sul territorio, di sistemi informativi capaci di seguire il processo assistenziale in modo integrato. L'attivazione del NSIS diviene perciò il volano del pieno utilizzo degli strumenti messi a disposizione dall'innovazione tecnologica in Sanità.

Il Piano di azione condiviso tra Ministero della Salute e Regioni, denominato "I mattoni del Servizio Sanitario Nazionale" e costituito da 15 linee progettuali, è nato dall'esigenza, riconosciuta nel corso della realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, di creare un linguaggio comune per consentire l'interscambio informativo con i sistemi sanitari regionali. A tale scopo si è ravvisata la necessità di assicurare che le informazioni create (a livello aziendale) siano già strutturate e complete di tutti i dati necessari ai successivi livelli di governo, ovvero alla programmazione interna delle Aziende sanitarie, alla politica sanitaria delle Regioni ed al monitoraggio nazionale dei LEA effettivamente erogati da parte del Ministero della Salute.

Gli elementi comuni da costruire, i cosiddetti "mattoni" sono:

- dati classificati e codificati in modo omogeneo;
- approcci omogenei per la creazione, a livello locale, dei dati che saranno successivamente resi disponibili a livello regionale e nazionale del SSN;
- metodologie condivise per la realizzazione delle misure necessarie a bilanciare qualità e costi nel sistema sanitario.

I PROGRAMMI DI EDILIZIA SANITARIA – Il Ministero, attraverso la stipula di Accordi di programma con le Regioni, ha impresso una forte accelerazione per attuare il programma straordinario di investimenti in edilizia e tecnologia sanitaria avviato con l'art. 20 della Legge 67/1988 e con altri finanziamenti finalizzati (grandi centri urbani, hospice, radioterapia, libera professione).

L'adozione degli strumenti della programmazione negoziata ha introdotto modalità di lavoro innovative e interazioni sinergiche tra il Ministero e le Regioni. Queste favoriscono l'utilizzo puntuale e integrato sia delle risorse finanziarie disponibili per le Regioni e per gli Enti di ricerca e di insegnamento (IRCCS, Policlinici universitari a gestione diretta, IZS, ISS e Ospedali classificati), finalizzate alla riqualificazione della rete ospedaliera e territoriale. Gli incontri interistituzionali avviati dal Ministero con le Regioni e con gli Enti citati, che in alcuni casi hanno coinvolto anche le Comunità lo-

cali, hanno consentito l'esercizio di una concreta attività di sostegno e di indirizzo e hanno offerto occasioni e tavoli per approfondire aspetti critici e condividere strategie, obiettivi e azioni. Uno specifico programma nazionale ha riguardato la realizzazione di strutture residenziali per le cure palliative (hospice). I finanziamenti stanziati dal programma sono distribuiti alle Regioni in funzione dei tassi di mortalità per neoplasie. È stata definita la programmazione della rete degli interventi di cure palliative, anche se con modalità tra loro in parte differenti. Nel 2003 erano attive 46 strutture tra pubbliche e private convenzionate; di queste 22 finanziate con gli stanziamenti statali previsti dal programma nazionale.

Ricerca

IL RIORDINO DEGLI IRCCS E LE RETI COLLABORATIVE – Lo scopo della politica di ricerca del Ministero della Salute, finanziata per la maggior parte con il Fondo sanitario nazionale, è quello di fornire, attraverso la promozione ed il finanziamento della ricerca in campo biomedico e sanitario di elevata qualità, una base scientifica per la programmazione degli interventi mirati al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

Fondamentali attori dell'attività di ricerca svolta dal SSN sono gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), la cui riforma è lo strumento legislativo individuato per consentire il loro rilancio attraverso nuove risorse e nuove forme organizzative e gestionali, che permettono di mettere a frutto le loro capacità e le loro iniziative. Nel provvedimento assume rilievo anche la necessità di creare una rete delle migliori esperienze tra IRCSS e le altre strutture Ospedaliere, in modo da sviluppare sinergie che rendano competitiva l'offerta sanitaria italiana. Va segnalata in questo senso l'attività di Alleanza contro il Cancro, la rete degli Istituti oncologici, istituita nel 2002 al fine di migliorare la diffusione dei risultati della ricerca tra gli operatori sanitari; aumentare la cooperazione nella ricerca sul cancro a livello nazionale ed internazionale; promuovere attività di formazione in oncologia; promuovere un uso migliore delle risorse in sanità; promuovere la disponibilità di informazione sanitaria corretta ai pazienti ed alle famiglie e ridurre, anche attraverso il teleconsulto, le migrazioni dei pazienti in cerca di cure appropriate. Nel complesso Alleanza contro il Cancro ha avviato 18 progetti in diverse aree, che comprendono ricerca proteomica, ricerca clinica, radioterapia, informazione ai pazienti, epidemiologia, tumori rari, qualità della vita, teleconsulto su immagini istologiche ("second opinion" e formazione).

LE LINEE DI RICERCA FINANZIATE – Su questo fronte sono stati finanziati progetti nazionali ed internazionali di rilevante interesse, sia attraverso i fondi di ricerca corrente finalizzata, sia dalla Legge 138 del 26 maggio 2004. Quest'ultima era rivolta al sostegno a progetti di ricerca altamente innovativi nei campi della genomica e della proteomica, anche attraverso l'istituzione di un centro di riferimento nazionale specifico sulla genetica molecolare e l'attivazione di accordi di collaborazione con gli Stati Uniti. Va inoltre segnalato il finanziamento per la realizzazione del Centro Nazionale di Androterapia, assegnato dalla legge finanziaria 2003.

La genomica e la proteomica hanno dischiuso nuovi orizzonti nel processo della ricerca e della produzione di farmaci innovativi ai fini della diagnosi e della cura per malattie non trattabili. I fondi impegnati per tali linee di ricerca nel 2003 e 2004 sono stati il 20% di quanto stanziato per la ricerca corrente e per la ricerca finalizzata, per un valore di circa 80 milioni di euro nel biennio; sono stati previsti ed erogati ulteriori 50 milioni di euro per progetti di ricerca di rilevante valore scientifico su temi prioritari per la salute, di cui 10 per il finanziamento dei progetti di proteomica previsti dall'Accordo Italia-USA nell'ambito della ricerca oncologica e 2,5 per la ricerca sulle malattie rare e in particolare per la sperimentazione di nuovi farmaci. È stata inoltre istituita la Fondazione "Istituto Nazionale di Genetica Molecolare - INGM". L'Istituto sarà il centro di riferimento nazionale specifico sulla genetica molecolare e su altre moderne metodiche di rilevazione e diagnosi e opererà in collegamento con l'Istituto Superiore di Sanità ed altre Istituzioni scientifiche nazionali ed internazionali. Per sviluppare attività di ricerca congiunte nei settori dell'oncologia, delle malattie rare e del bioterrorismo, è stato firmato, il 17 aprile 2003 a Roma, un accordo di collaborazione con il Segretario del Dipartimento della Sanità e dei Servizi umani degli Stati Uniti. I temi su cui si concentra il documento rappresentano delle priorità sul fronte sia delle conoscenze scientifiche e della ricerca, che delle esigenze di sicurezza e controllo di possibili minacce di atti terroristici con armi non convenzionali. Per la realizzazione dell'intesa, importanti Istituti Nazionali dei due Paesi coopereranno in programmi scientifici coordinati, in progetti congiunti di ricerca e attraverso lo scambio di informazioni, di competenze operative e di ricercatori.

Con la Legge finanziaria 2003, il Governo ha disposto il finanziamento di 25 milioni di euro, in tre anni, per la realizzazione entro il 2005 del Centro Nazionale di Androterapia Oncologica (CNAO),

integrato con strutture di ricerca e sviluppo di specifiche tecnologie. Una volta a pieno regime, il centro, oltre all'attività di ricerca, sarà in grado di curare circa 3.500 pazienti/anno attraverso le tecniche di androterapia, utilizzate per la cura di tumori sia primitivi che secondari, che offrono il grande vantaggio di colpire in maniera precisa e selettiva il bersaglio tumorale con fasci di particelle (protoni o ioni di carboni) ad alta energia, salvaguardando i tessuti sani del paziente.

L'aggiornamento continuo in medicina

Come è noto, il Programma nazionale Educazione Continua in Medicina (ECM) ha reso obbligatoria e certificata la formazione permanente per tutti gli operatori sanitari del Servizio Sanitario Nazionale, essenziale per garantire l'uniformità dell'assistenza dal punto di vista qualitativo. Alla fine del 2003 tutto il sistema ha fatto un nuovo passo avanti: si è svolta infatti la sperimentazione dell'accreditamento degli organizzatori degli eventi formativi e delle modalità di formazione a distanza (*e-learning*). I risultati della sperimentazione, reperibili nell'area tematica ECM del portale del Ministero, sono raccolti in un documento che identifica, fra l'altro, i possibili requisiti richiesti agli organizzatori per potersi accreditare come Provider ECM: fra essi figurano la presenza di sistemi di qualità, la comprovata esperienza d'elevata qualità formativa, l'idonea disponibilità di tecnologie e adeguata organizzazione.

L'Agenzia del Farmaco

L'Agenzia del Farmaco, istituita attraverso Decreto legge associato alla Legge finanziaria 2004 e divenuta operativa nel luglio 2004, è organismo di diritto pubblico che opera sulla base degli indirizzi e della vigilanza del Ministero della Salute, in autonomia, trasparenza ed economicità, in raccordo con le Regioni, l'Istituto Superiore di Sanità, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, le Associazioni dei pazienti, i Medici e le Società Scientifiche, il mondo produttivo e distributivo. L'Agenzia, quindi, riunisce competenze oggi disperse a vari livelli e unifica la problematica del farmaco con un migliore coordinamento di coloro che se ne occupano.

L'Agenzia ricomprende anche l'attività della Commissione Unica del Farmaco, l'organismo scientifico che ha cura di valutare i farmaci proposti per la registrazione e, con criteri scientifici, decide se inserirli nel Prontuario farmaceutico e se renderli rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale.

Una nuova politica del farmaco nell'interesse primario del malato è il valore di fondo dell'AIFA che anche sulla base delle raccomandazioni espresse in sede UE dal Gruppo G10 Medicine:

- dialoga ed interagisce con la comunità delle associazioni dei malati e con il mondo medico-scientifico e delle imprese produttive e distributive;
- promuove la conoscenza e la cultura sul farmaco e la raccolta e la valutazione delle *best practices* internazionali;
- favorisce e premia gli investimenti in Ricerca e Sviluppo (R&S) in Italia, promuovendo e premiando la innovatività;
- rafforza i rapporti con le Agenzie degli altri Paesi, con l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMEA) e con gli altri organismi internazionali;
- garantisce l'accesso al farmaco e il suo impiego sicuro ed appropriato come strumento di difesa della salute;
- provvede al governo della spesa farmaceutica in un contesto di compatibilità economico-finanziaria e di competitività dell'industria farmaceutica;
- assicura la unitarietà nazionale del sistema farmaceutico d'intesa con le Regioni;
- assicura innovazione, efficienza e semplificazione delle procedure di registrazione, in particolare per determinare un accesso rapido ai farmaci innovativi ed ai farmaci per le malattie rare.

Il semestre europeo: l'impegno italiano per la salute in Europa

La Presidenza italiana del Consiglio dell'Unione Europea nel settore sanitario, con l'approvazione di tutti i provvedimenti previsti dall'agenda dei lavori e cioè di due Regolamenti, quattro Direttive, una Raccomandazione, una Risoluzione, una Decisione e tre Conclusioni, ha assunto nell'anno 2003, alla vigilia di storici sviluppi istituzionali dell'Unione Europea, valore e ruolo strategici per la definizione in tempo utile sia di numerosi provvedimenti che di nuove linee di sviluppo dell'Europa in ambito sanitario. Essa è stata focalizzata su numerosi temi afferenti a due essenziali aree prioritarie: "Sanità Pubblica" e "Prodotti Medicinali e Dispositivi Medici".

Allo scopo di sviluppare in modo efficace il programma prefissato, si sono tenuti durante i primi cinque mesi della Presidenza italiana, una Conferenza Informale dei Ministri della Salute e un Consiglio Formale, unitamente a sei conferenze e otto fra riunioni periodiche e comitati. Molto importante è stata la Conferenza Informale dei Ministri della Salute, tenutasi a Milano in data 5 e 6 Settembre 2003, nel corso della quale sono emersi il forte sostegno dei Ministri della Salute degli Stati Membri e in via di adesione, oltre che della Commissione Europea, alle iniziative dell'Italia e la sostanziale condivisione di numerosi obiettivi. Utili stru-

menti di lavoro si sono rivelati i due opuscoli sul "Programma" e sulle "Priorità e Strategie" che hanno facilitato la conoscenza del programma di lavoro della Presidenza, nonché il volume su "Fatti e politiche sanitarie in Italia nel contesto europeo" che ha consentito, all'avvio della Presidenza, di esaminare in dettaglio le luci e le ombre dell'attuale situazione e di fare conoscere meglio l'impegno dell'Italia nella promozione e nell'attuazione delle politiche della salute della UE.

Per quanto riguarda il settore della "Sanità Pubblica", i principali risultati sono riferiti all'approvazione dei seguenti Atti:

- conclusioni del Consiglio in materia di "Stili di vita salutari: educazione, informazione e comunicazione", basate sui risultati della Conferenza tenutasi sullo stesso tema a Milano in data 3 e 4 settembre 2003;
- raccomandazione del Consiglio sulla prevenzione dei tumori (*screening* oncologico);
- orientamento Comune del Consiglio in materia di istituzione del Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie;
- conclusioni su "Strategia europea in materia di ambiente e salute", in collaborazione con il Consiglio Ambiente;
- decisione del Consiglio per autorizzare la Commissione ad avviare i negoziati per la revisione del Regolamento Sanitario Internazionale nel quadro dell'OMS;
- direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio sulla fissazione di standard di qualità e sicurezza per la donazione, l'acquisizione, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione di tessuti e cellule umani.

Sempre nell'ambito dei fascicoli di "Sanità Pubblica", la Presidenza italiana ha promosso l'avanzamento del fascicolo relativo alla "Mobilità dei pazienti e accesso alle cure" e l'avvio dei lavori per la "Lotta alla malaria". Infine, il positivo esito e le Conclusioni della Conferenza su "Sicurezza e qualità nella donazione e nel trapianto degli organi nell'Unione Europea", svoltasi a Venezia in data 17 e 18 Settembre 2002, hanno fornito un significativo contributo all'elaborazione di una normativa comunitaria in questo importante settore. Infine, la Conferenza su "Tabacco, Prevenzione Giovanile e Comunicazione", svoltasi a Roma dal 13 al 15 Novembre 2003, ha dato un importante contributo allo sviluppo di Linee Guida e raccomandazioni finalizzate all'organizzazione di efficaci ed incisive campagne contro il fumo.

Per quanto riguarda, poi, il settore dei "Prodotti Medicinali e Dispositivi Medici", i principali risultati della Presidenza italiana del Consiglio dell'UE sono riferiti all'approvazione dei seguenti atti:

- conclusioni in materia di "Dispositivi Medici";
- direttiva del Parlamento e del Consiglio in materia di medicinali vegetali tradizionali;
- risoluzione su "Sfide in materia di medicinali e di sanità pubblica – Incentrarsi sui pazienti";
- regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che stabilisce procedure comunitarie per l'autorizzazione ed il controllo dei prodotti medicinali per uso umano e veterinario e che istituisce l'Agenzia Europea per la Valutazione dei Prodotti Medicinali;
- direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica la Direttiva 2001/83/EC sul codice comunitario relativo ai prodotti medicinali per uso umano;
- direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica la Direttiva 2001/82/EC sul codice comunitario relativo ai prodotti medicinali per uso veterinario.

Infine, numerose riunioni, tenutesi in materia di medicinali per uso umano e veterinario, hanno reso possibile l'esame congiunto di una varietà di importanti aspetti e l'ulteriore intensificazione della collaborazione fra le Autorità competenti a livello europeo e degli Stati Membri, con particolare riferimento agli aspetti connessi all'innovazione.

Essenziale per il raggiungimento di tutti i risultati sopra menzionati è stata la vocazione genuinamente europea e la collaborazione altamente motivata offerta dalla Commissione Europea, dagli Stati Membri e dagli Stati in Via di Adesione, così come l'elevata efficienza e la competente cooperazione del Servizio Legale e del Segretariato del Consiglio.

Sezione I

La situazione sanitaria del Paese

PAGINA BIANCA

1 Dinamica demografica e struttura della popolazione

1.1 Demografia e salute

1.1.1 Introduzione

La dinamica demografica, ovvero l'evoluzione delle componenti naturali (nascite e morti) o sociali (immigrazioni ed emigrazioni) che modificano la consistenza e la struttura della popolazione, rappresenta un elemento di valutazione di estrema importanza qualora si affronti il tema dello stato sanitario di un Paese. Nella dinamica demografica, infatti, va ricercata la causa del fenomeno sanitario più rilevante, ovvero l'invecchiamento della popolazione.

Per invecchiamento della popolazione si intende, come è noto, l'aumento del peso percentuale della popolazione con oltre 65 anni di età in concomitanza con la riduzione della popolazione in età comprese tra 0 e 14 anni. Il fenomeno è dovuto all'importante riduzione della natalità, per cui le nuove generazioni di nati sono sempre meno numerose delle precedenti, e all'aumento della vita media. La particolarità del caso italiano, nel contesto dei Paesi sviluppati, è rappresentata da un livello di natalità tra i più bassi, e solo negli anni più recenti sono apparsi lievi segnali di ripresa.

A questo proposito occorre considerare che i processi demografici sono costituiti da dinamiche di lungo periodo che ben difficilmente subiscono inversioni di tendenza rilevanti da un anno all'altro. Le cause dei cambiamenti profondi della dinamica demografica sono, infatti, da ricercare principalmente nei progressi della scienza medica e nei mutamenti dei comportamenti sociali, fenomeni questi non suscettibili di variare repentinamente nel breve periodo.

Ai progressi della medicina e alla loro accessibilità a tutta la popolazione si deve attribuire l'innalzamento continuo della speranza di vita nei Paesi sviluppati. Mentre nei mutamenti dei comportamenti sociali si devono ricercare le cause del drammatico calo della fecondità, che da un quarto di secolo è, in Italia, ben al di sotto del "livello di sostituzione" (due figli per donna), ovvero la soglia teorica che consente ad una popolazione di mantenere inalterata la sua consistenza, a parità di livello di mortalità e di migratorietà.

1.1.2 Analisi quantitativa

Le componenti della dinamica demografica

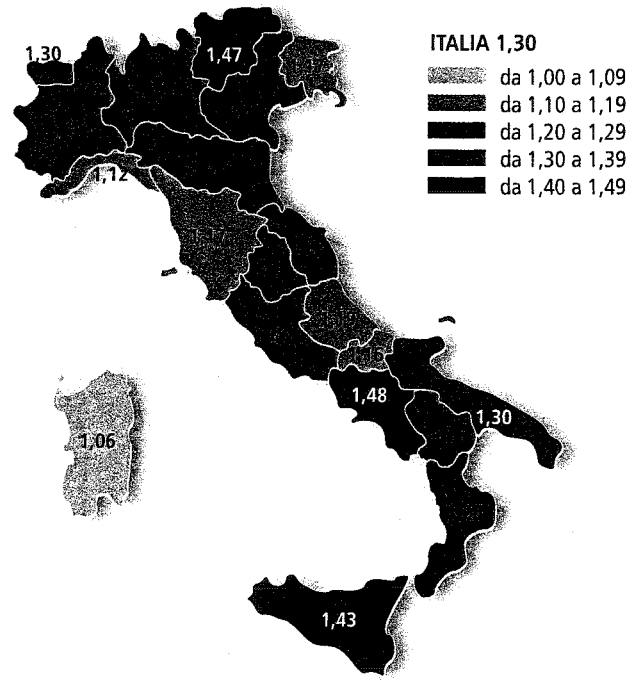
Nel 2003 il numero delle nascite della popolazione residente è stato pari a circa 544.000 unità, in leggero aumento rispetto all'anno precedente quando se ne erano riscontrate circa 538.000. Il tasso di natalità a livello nazionale è del 9,4 per mille abitanti rimanendo così sugli stessi livelli dell'anno precedente (**Tabella 1**).

Il tasso di natalità è, tuttavia, un indicatore assai poco sensibile, poiché non tiene conto della struttura per età della popolazione. Un indicatore più corretto per la misura della fecondità di una popolazione è rappresentato dal numero medio di figli per donna (o tasso di fecondità totale), ottenuto come somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda compresa tra i 15 e i 49 anni, il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile. Dallo studio di tale tasso la fecondità italiana risulta essere caratterizzata, a partire dalla seconda metà degli anni novanta, da un trend lievemente crescente, che anche nel 2003 mostra rispetto all'anno precedente un leggero incremento passando da1,27 figli per donna ad 1,3 figli per donna. A livello territoriale si assiste ad un processo di riavvicinamento dei comportamenti riproduttivi per effetto della ripresa della fecondità nelle regioni del Centro-Nord e dell'ulteriore diminuzione del numero medio di figli per le donne residenti nel Mezzogiorno. Il Mezzogiorno si conferma, tuttavia, come l'area dove è maggiore la propensione ad avere figli ed in particolare ad averne più di uno (**Figura 1**).

Tabella 1 **Movimenti della popolazione residente - Anno 2003**

Regioni	Nati	Morti	Tasso di natalità per 1.000 abitanti	Tasso di mortalità per 1.000 abitanti	Tasso di crescita naturale per 1.000 abitanti	Saldo migratorio per 1.000 abitanti	Tasso di immigratorietà per 1.000 abitanti	Tasso di incremento totale per 1.000 abitanti
Piemonte	36.370	50.625	8,5	11,9	-3,4	53.136	12,4	9,0
Valle d'Aosta	1.151	1.314	9,4	10,8	-1,4	1.294	10,6	9,2
Lombardia	87.559	89.822	9,5	9,7	-0,2	140.414	15,2	15,0
Trentino-Alto Adige	10.345	8.579	10,7	8,9	1,8	10.203	10,6	12,4
Veneto	43.911	43.787	9,5	9,4	0,1	65.367	14,1	14,2
Friuli-Venezia Giulia	9.851	14.799	8,2	12,4	-4,2	11.547	9,6	5,4
Liguria	11.536	22.936	7,3	14,5	-7,2	16.677	10,6	3,4
Emilia-Romagna	35.775	48.215	8,8	11,8	-3,0	62.699	15,3	12,3
Toscana	29.000	42.254	8,1	11,8	-3,7	63.029	17,7	14,0
Umbria	7.115	9.515	8,4	11,2	-2,8	16.212	19,1	16,3
Marche	12.896	16.384	8,6	10,9	-2,3	23.714	15,7	13,4
Lazio	50.490	51.147	9,7	9,8	-0,1	59.991	11,5	11,4
Abruzzo	10.971	13.672	8,5	10,6	-2,1	15.313	11,9	9,8
Molise	2.611	3.552	8,1	11,0	-2,9	1.591	4,9	2,0
Campania	65.194	49.148	11,3	8,5	2,8	19.209	3,4	6,2
Puglia	39.744	33.615	9,8	8,3	1,5	10.904	2,7	4,2
Basilicata	5.265	5.649	8,8	9,5	-0,7	563	0,9	0,2
Calabria	18.809	18.289	9,4	9,1	0,3	3.426	1,7	2,0
Sicilia	51.899	48.554	10,4	9,7	0,7	27.793	5,6	6,3
Sardegna	13.571	14.612	8,3	8,9	-0,6	6.498	3,9	3,3
NORD	**236.498**	**280.077**	**9,1**	**10,7**	**-1,6**	**361.337**	**13,9**	**12,3**
CENTRO	**99.501**	**119.300**	**8,9**	**10,7**	**-1,8**	**162.946**	**14,7**	**12,9**
MEZZOGIORNO	**208.064**	**187.091**	**10,1**	**9,1**	**1,0**	**85.297**	**4,1**	**5,1**
ITALIA	**544.063**	**586.468**	**9,4**	**10,1**	**-0,7**	**609.580**	**10,6**	**9,9**

Fonte: Movimento e calcolo della popolazione residente - ISTAT



Fonte: Sistema di nowcast per indicatori demografici - ISTAT

Figura 1 Tasso di fecondità totale - Anno 2003.

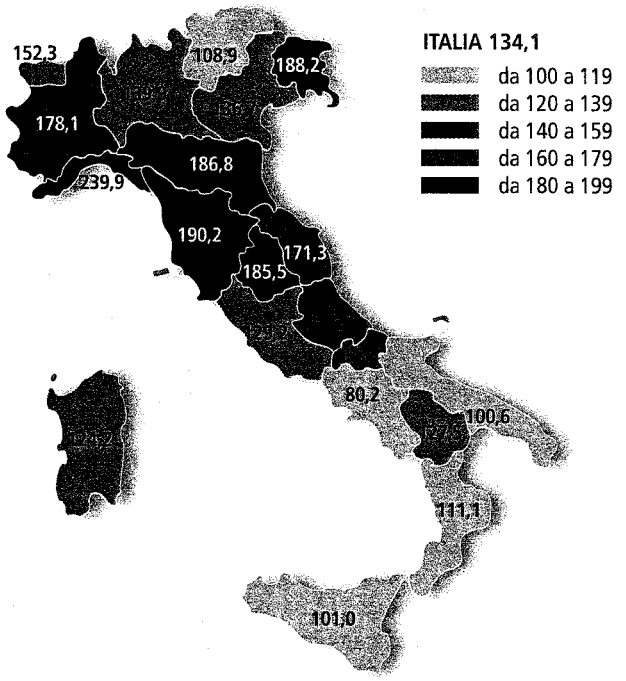
Il numero dei decessi per il 2003 è pari a 586.468 unità; rispetto all'anno precedente si riscontra un aumento di circa 30.000 unità con un passaggio del tasso di mortalità dal 9,8‰ al 10,1‰.

A consuntivo delle stime relative alle nascite e ai decessi, come da dieci anni a questa parte, il tasso di crescita naturale permane negativo risultando pari a –0,7 per mille abitanti. A livello territoriale si ha una netta distinzione tra le regioni del Centro-Nord e quelle del Mezzogiorno. Le prime sono caratterizzate da una più bassa natalità, rispettivamente con un tasso pari a 8,9 e 9,1 per mille abitanti, e da una più alta mortalità con un tasso per entrambe le ripartizioni pari al 10,7 per mille abitanti. Il saldo naturale è pertanto negativo con valori prossimi alla soglia del –2 per mille abitanti sia per il Cen-

tro (–1,8) che per il Nord (–1,6). All'opposto, le regioni del Mezzogiorno presentano un'elevata natalità (10,1 per mille abitanti) e una mortalità più bassa (9,1 per mille abitanti), con un incremento naturale della popolazione ancora positivo e pari all'1 per mille abitanti.
La dinamica totale della popolazione è risultata anche nel 2003 positiva (9,9‰), grazie ancora una volta all'apporto del fenomeno migratorio. La componente migratoria, derivante dalla differenza tra iscrizioni e cancellazioni anagrafiche conseguenti a trasferimenti di residenza, ha un saldo complessivo di 609.580 unità per un tasso pari al 10,6 per mille abitanti. A livello territoriale il saldo migratorio è positivo per tutte le ripartizioni geografiche, con valori particolarmente elevati al Nord (13,9‰) e al Centro (14,7‰) e più contenuti per il Mezzogiorno (4,1‰).
Sempre nel 2003 l'indice di vecchiaia, in continua crescita, risulta pari al 134,1%, ovvero nella popolazione vi sono 134 persone con 65 anni o più ogni 100 giovani di età inferiore a 15 anni. A livello territoriale, pur in presenza di una notevole variabilità, l'invecchiamento della popolazione investe tutte le ripartizioni del Paese, e non esistono realtà che si possano considerare escluse dal fenomeno della crescita della popolazione anziana. Il Nord ed il Centro sono le aree in cui il fenomeno si presenta con più forza, con gli indici di vecchiaia che sfiorano il 160%, più precisamente 157,8% al Nord e 156,6% al Centro. Nel Mezzogiorno si riscontra per la prima volta un eccedenza di anziani sui giovani con un valore per l'indice di vecchiaia pari a 101%. La soglia di parità è stata ormai superata in tutte le regioni d'Italia ad eccezione della Campania con un indice di vecchiaia dell'80,2% (**Figura 2**).
Al contempo, l'indice di dipendenza strutturale supera la soglia del 50% (50,1) (**Figura 3**): a 100 persone in età attiva (tra i 15 ed i 64 anni) corrispondono circa 50 persone tra giovanissimi e anziani (al di sotto dei 15 anni e oltre i 64 anni di età). Il carico della popolazione in età non attiva varia nelle diverse aree del Paese, passando dal quasi 58% della Liguria al 43% circa della Sardegna.

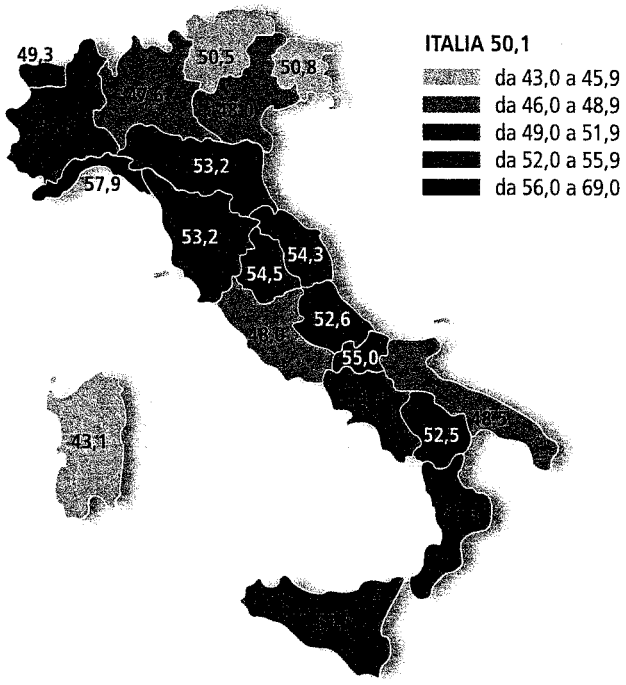
LINK A SITI INTERNET

I dati sulla popolazione residente e sul movimento demografico sono disponibili sul sito internet **www.demo.istat.it**.



Fonte: Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile - ISTAT
*Dati al 31 dicembre

Figura 2 Indice di vecchiaia - Anno 2003*.



Fonte: Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile - ISTAT
*Dati al 31 dicembre

Figura 3 Indice di dipendenza - Anno 2003*.

1.2 Mortalità generale

1.2.1 Introduzione

Da più di un secolo la sopravvivenza della popolazione italiana è in aumento grazie alla drastica riduzione dei tassi di mortalità a tutte le età della vita. Nel corso del ventesimo secolo la speranza di vita è raddoppiata sia negli uomini che nelle donne.

Anche le tendenze più recenti confermano questo positivo andamento della sopravvivenza. In soli due anni, tra il 2000 ed il 2002, la speranza di vita alla nascita aumenta passando da 82,4 a 82,9 anni per le donne e da 76,3 a 76,8 anni per gli uomini.

L'analisi della mortalità contribuisce senza dubbio in modo significativo alla valutazione dello stato di salute della popolazione, pertanto gli indicatori di mortalità dovrebbero essere considerati parte integrante di un sistema di monitoraggio degli obiettivi di salute.

1.2.2 Presentazione dei dati

I dati descritti sono di fonte ISTAT e si riferiscono agli anni 2000 (dati osservati) e 2002 (stime provvisorie). Viene presentato un confronto tra i due anni (per il numero assoluto dei casi e per i tassi) nei due sessi e nelle classi di età.

Ogni anno pervengono all'ISTAT oltre 500.000 schede di morte relative ai deceduti in Italia, le quali contengono informazioni demografiche precodificate e la descrizione del processo morboso o del traumatismo che ha portato al decesso. Le statistiche di mortalità sono basate convenzionalmente su una singola causa di morte (la cosiddetta causa iniziale) la cui definizione è sancita dall'OMS. Il problema dell'individuazione della causa di morte è di notevole complessità nei casi, molto frequenti, in cui al decesso hanno contribuito diversi stati morbosi e quindi occorre identificare e segnalare la patologia ritenuta maggiormente responsabile dell'evento, cioè la causa primaria o fondamentale. Una delle attività più impegnative e decisive del processo di produzione dei dati di mortalità riguarda proprio la selezione e la codifica della causa iniziale sulla base delle informazioni riportate sulla scheda di morte.

Nel tempo, l'indagine sulle cause di morte ha subito profonde modifiche nell'impianto organizzativo, soprattutto come conseguenza dell'introduzione, a partire dai decessi 1995, della codifica automatica, basata essenzialmente sulla procedura MICAR (*Mortality Medical Coding Indexing, Classification and Retrival*) ACME (*Automated Classification of Medical Entities*) sviluppata dall'NCHS (*National Center of Health Statistics*) degli Stati Uniti, la quale non solo ha sostituito la fase di revisione manuale delle schede con una revisione automatica quantitativa dei modelli e con un piano di registrazione controllata progettato per individuare e correggere on-line i più ricorrenti errori formali, sostanziali e ortografici, ma è stata anche l'occasione per rivedere completamente, al fine di ottimizzarlo, l'intero processo di lavorazione e produzione dei dati di mortalità. Attualmente il sistema automatico consente di codificare circa il 77% dei decessi.

L'ISTAT ha inoltre messo a punto, negli ultimi anni, una procedura di stima (denominata *nowcasts* cioè "previsioni di breve periodo") dei casi di mortalità per causa, sesso, età e Regione sulla base di un campione di schede di morte (mo-

Tabella 1 Mortalità generale per età - Numero assoluto di decessi e tassi per 10.000 (a) - Anni 2000, 2002

Classi di età (anni)	Numeri assoluti											
	Maschi				Femmine				Totale			
	2000	2002	diff. assoluta	diff. %	2000	2002	diff. assoluta	diff. %	2000	2002	diff. assoluta	diff. %
0-1	1.325	1.355	30	2,3%	1.104	1.042	-62	-5,6%	2.429	2.397	-32	-1,3%
1-14	652	670	18	2,8%	523	471	-52	-9,9%	1.175	1.141	-34	-2,9%
15-34	7.119	6.230	-889	-12,5%	2.484	2.049	-435	-17,5%	9.603	8.279	-1.324	-13,8%
35-59	32.150	30.161	-1.989	-6,2%	17.076	16.243	-833	-4,9%	49.226	46.404	-2.822	-5,7%
60-79	138.571	130.112	-8.459	-6,1%	93.114	84.588	-8.526	-9,2%	231.685	214.700	-16.985	-7,3%
80 e +	100.897	110.956	10.059	10,0%	165.106	174.461	9.355	5,7%	266.003	285.417	19.414	7,3%
TOTALE	**280.714**	**279.484**	**-1.230**	**-0,4%**	**279.407**	**278.854**	**-553**	**-0,2%**	**560.121**	**558.338**	**-1.783**	**-0,3%**

Fonte: ISTAT, La mortalità per causa nelle regioni italiane - Anni 2000, 2002

delli D4 e D5), con l'obiettivo di fornire l'informazione sui decessi per causa in tempi più brevi rispetto a quelli previsti per l'indagine sulle cause di morte cioè ad un anno di distanza dalla data dell'evento. La metodologia di stima si avvale di un procedimento articolato in più fasi e basato su due diverse fonti informative: i dati di mortalità desunti dalle singole schede di morte (modelli D4 e D5) e i dati di fonte amministrativa ovvero il totale dei morti per sesso e mese relativi alla popolazione presente che i Comuni sono tenuti ad inviare all'ISTAT (modello D7). La metodologia di stima è ampiamente descritta nella pubblicazione citata in bibliografia (ISTAT, *La mortalità per causa nelle regioni italiane, Anni 2000 e 2002*. Collana Informazioni, n. 11, 2004).

1.2.3 Analisi quantitativa

Analisi per genere ed età

Il numero provvisorio dei decessi nel 2002, disponibile dai dati riepilogativi mensili dell'ISTAT riferiti alla popolazione presente, è pari a 558.338 (279.484 maschi e 278.854 femmine) dei quali 2.397 (1.355 maschi e 1.042 femmine) nel primo anno di vita. Confrontando la stessa fonte dei dati (cioè i dati riepilogativi mensili di fonte anagrafica rilevati attraverso il modello D7), si osserva una diminuzione rispetto al 2000 nel numero assoluto complessivo dei decessi (nel 2000 si avevano 281.302 e 278.654 rispettivamente per i maschi e per le femmine). Confrontando le stime 2002 con i dati definitivi (cioè rilevati mediante l'indagine esaustiva sulle cause di morte) relativi al 2000, si osserva una riduzione nel numero assoluto totale di oltre 1.700 unità (–0,3%). Tale trend è il risultato della diminuzione robusta dei morti di sesso maschile (–1.230, 0,4% in meno) e di quella, più ridotta, dei decessi tra le femmine (–553, 0,2% in meno). Anche il tasso standardizzato di mortalità complessiva è in diminuzione, sia per gli uomini (da 104,96 a 99,46 per 10.000) sia per le donne (da 61,06 a 56,51 per 10.000).

Ad una maggiore stabilità nella mortalità complessiva, si contrappongono differenze più marcate nella mortalità per età, sia in valore assoluto sia in termini di tassi (**Tabella 1**).

Considerando le grandi fasce di età, che corrispondono ad altrettante fasi della vita in cui anche le misure di prevenzione e l'adozione di stili di vita salutari possono impattare significativamente sullo stato di salute degli individui, si osserva che in Italia si muore sempre di meno e sempre più tardi. La progressiva riduzione dei livelli di mortalità in tutte le età della vita ha infatti permesso ad un numero sempre più consistente di persone di raggiungere le età più avanzate; inoltre, si è fortemente incrementato il contingente dei grandi vecchi: il numero di decessi oltre gli 85 anni di età costituisce oggi il 33% di tutte le morti, mentre tale percentuale scende al 14,7% per le età superiori a 90 anni.

Nel biennio 2000-2002, scende il numero assoluto dei decessi in tutte le fasce di età tranne che in quella degli ultraottantenni per i quali si registra nel 2002 un aumento di circa 20.000 casi (+7,3%) rispetto al 2000. Tra i maschi si osserva inoltre un lieve aumento del numero dei morti nel primo anno di vita (+2,3%) e nella classe 1-14 anni (+2,8%).

Confrontando le diverse età, si nota una diminuzione sensibile nella fascia giovanile (15-34 anni) con un calo complessivo del 13,8% (12,5% per i maschi, 17,5% per le femmine).

Le differenze di mortalità tra i sessi risultano maggiori proprio nelle età più avanzate della vita, ovvero nelle generazioni più anziane, dove la diversità tra uomini e donne per quanto riguarda l'adozione di stili di vita salutari è più evidente e consolidata nel tempo. L'abitudine al fumo, l'abuso di alcol erano (e in misura più ridotta sono tuttora) maggiormente caratterizzanti uno stile di vita maschile e ciò è tanto più verosimile quanto più si considerano le generazioni più anziane.

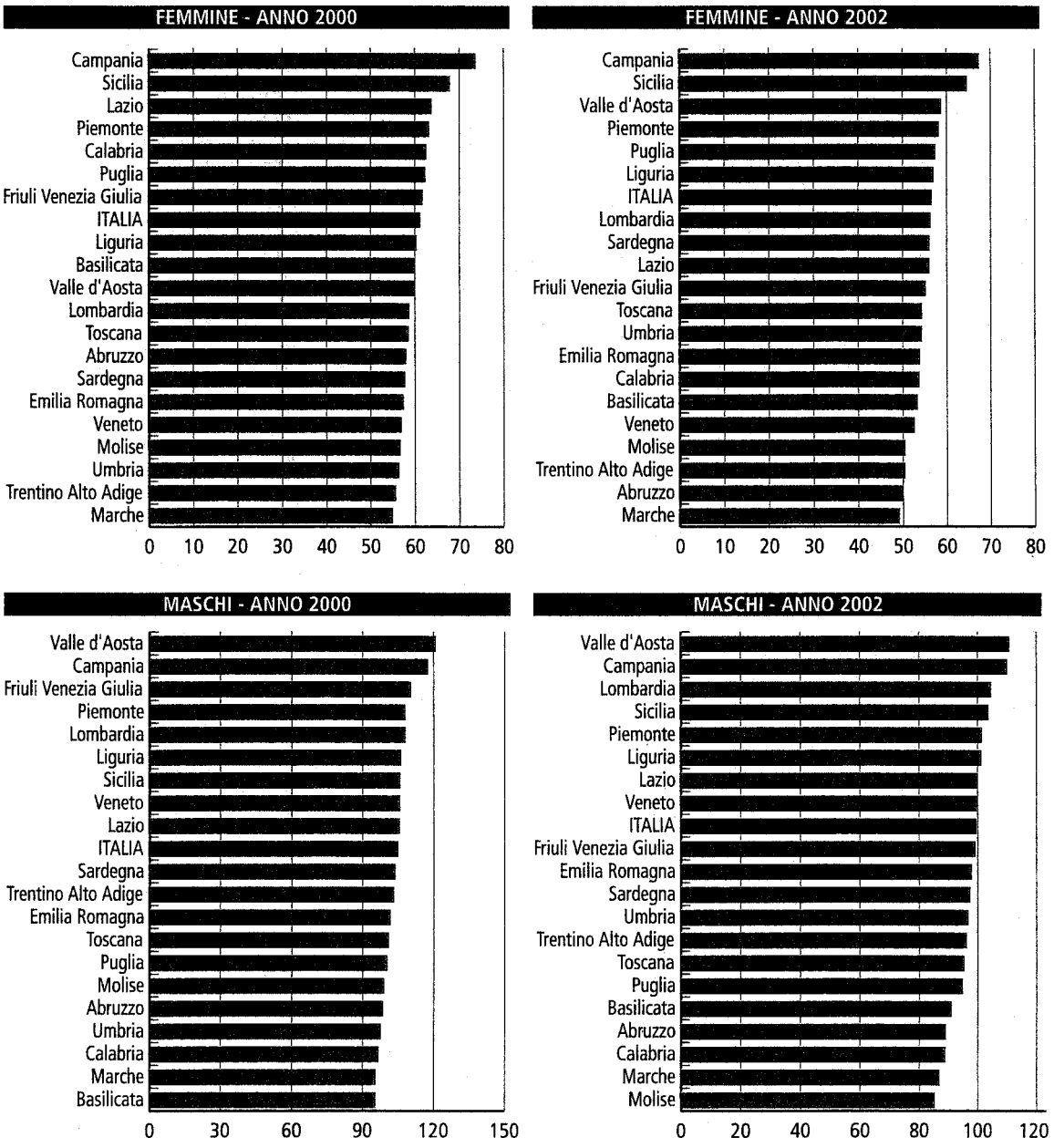
47,69	49,14	42,27	40,11
1,63	1,70	1,38	1,25
8,63	8,01	3,08	2,66
34,17	31,84	17,72	16,70
266,54	247,12	133,43	121,46
1.257,07	1.225,27	878,73	822,75
104,96	**99,46**	**61,06**	**56,51**

Differenze geografiche

Tra il 2000 ed il 2002 si è assistito ad una riduzione del tasso di mortalità generale. Considerando il complesso delle età (esclusi i morti nel primo anno di vita), si stima che il tasso standardizzato di mortalità in Italia si riduca del 5,2% negli uomini e del 7,5% nelle donne, passando

rispettivamente da 104,96 a 99,46 e da 61,06 a 56,51 (tassi per 10.000). Sebbene il declino sia generalizzato a livello territoriale, la velocità della diminuzione è differenziata per sesso e Regione di decesso.

Rispetto al 2000 la geografia della mortalità complessiva subisce lievi variazioni (**Figura 1**). I livelli più alti di mortalità per il totale della popolazione si registrano ancora una volta in Campania (85,17 decessi per 10.000), in Valle d'Aosta (81,08 per 10.000) e in Sicilia (81,01 per 10.000). I livelli più bassi, che nel 2000 riguardano soprattutto le regioni del Centro, nel 2002 appartengono a regioni del Mezzogiorno.



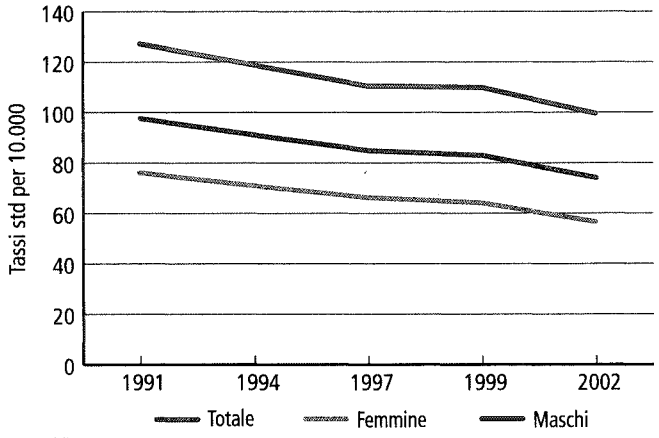
(a) Anno 2002: dati stimati per tutta l'Italia, fatta eccezione per le P.A.di Trento e Bolzano-Bozen per le quali sono stati utilizzati i dati reali del 2002
Fonte: ISTAT, La mortalità per causa nelle regioni italiane - Anni 2000, 2002

Figura 1 Mortalità generale - Tassi standardizzati di mortalità (1-90+ anni) per regione di decesso e sesso - Anni 2000, 2002. (a) (*Tassi per 10.000*)

Fatta eccezione per le Marche che, con un tasso pari a 65 decessi per 10 mila si conferma la regione a minore mortalità in Italia, le regioni con la più bassa mortalità sono il Molise, l'Abruzzo e la Calabria (i tassi stimati sono, rispettivamente, 65,74, 66,50 e 69,05 per 10.000).
Distinguendo per sesso, osserviamo che per gli uomini la graduatoria della mortalità resta sostanzialmente invariata rispetto al 2000 e, a differenza di quanto accade per la mortalità complessiva, i valori più alti si riscontrano soprattutto nelle regioni settentrionali. Per le donne si conferma invece la geografia della mortalità complessiva nei livelli più alti e, rispetto al 2000, si riscontrano degli spostamenti nella graduatoria rispetto al livello medio nazionale. Lazio, Calabria e Friuli Venezia Giulia, che nel 2000 erano tra le Regioni a più alta mortalità femminile, nel 2002 presentano dei tassi di mortalità al di sotto della media italiana. Per quanto riguarda i livelli più bassi, i quadri territoriali della mortalità restano sostanzialmente invariati rispetto al 2000 per entrambi i sessi. Per gli uomini i tassi più bassi sono soprattutto riferiti alle regioni meridionali, in particolare, Molise, Calabria, Abruzzo e Basilicata, mentre per le donne la situazione è più eterogenea e la minore mortalità si registra sia nelle regioni del Sud sia in quelle del Nord-Est.

Evoluzione nel tempo

Tra il 1991 ed il 2002 il numero assoluto di decessi, considerando anche i morti nel primo anno di vita, è lievemente aumentato passando da 553.833 (dato osservato) a 558.338 (dato stimato) casi, sebbene, dopo un picco nel 1998, il trend degli ultimi anni sia decrescente. Tale aumento tuttavia è dovuto esclusivamente ad un progressivo invecchiamento della popolazione e non ad un aumento dei rischi di morte, che al contrario hanno subito significative riduzioni.
Nel periodo in esame il tasso grezzo di mortalità (decessi assoluti su ammontare complessivo della popolazione residente) è leggermente diminuito per gli uomini passando da 10,4 per 1.000 a 10,1 per 1.000 mentre è lievemente aumentato per le donne passando da 9,1 per 1.000 a 9,5 per 1.000.
Si osserva invece una rilevante diminuzione del tasso standardizzato (che tiene conto anche della struttura per età della popolazione) pari al –21,7% per i maschi e al –25,6% per le femmine, passando da 127,1 a 99,5 per 10.000 per i primi e da 75,9 a 56,5 per 10.000 per le seconde (**Figura 2**).



Fonte: ISTAT

Figura 2 Andamento del tasso standardizzato di mortalità per sesso - Anni 1991-2002.

1.2.4 Valutazione critica

Tra il 2000 e il 2002 sia gli uomini che le donne guadagnano mezzo anno di vita in più, grazie alla riduzione della mortalità a tutte le età della vita. Anche oltre gli ottant'anni, dove si osserva un aumento del numero assoluto di decessi (complessivamente tra uomini e donne si registrano circa 20.000 decessi in più), il tasso di mortalità è in diminuzione. La maggiore sopravvivenza femminile, rispetto a quella maschile, è il risultato della minore mortalità delle donne a tutte le età della vita, sebbene il divario tra i sessi si vada lentamente riducendo, sia per i recenti miglioramenti nella lotta alle malattie cardiovascolari che colpiscono soprattutto gli uomini in età matura e anziana, sia per l'arrivo nelle età più esposte alla probabilità di morire di generazioni femminili caratterizzate da comportamenti più simili a quelli maschili (ad esempio abitudine al fumo).

1.2.5 Riferimenti normativi – strumenti organizzativi e tecnologici

La normativa che regolamenta la rilevazione dei decessi è il Regolamento di polizia mortuaria (Decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285). Alla rilevazione della mortalità si estende inoltre la normativa relativa al SISTAN (Sistema statistico nazionale), i cui principali riferimenti sono:

- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322 e successive modificazioni ed integrazioni "Nor-

me sul Sistema statistico nazionale e sull'organizzazione dell'Istituto nazionale di statistica" – art. 6 bis, comma 1 (presupposti del trattamento) comma 2 (trattamento dei dati sensibili) comma 4 (comunicazione dei dati personali a soggetti del Sistema statistico nazionale) commi 5, 6 e 7 (conservazione dei dati) comma 8 (esercizio dei diritti dell'interessato), art. 7 (obbligo di fornire dati statistici), art. 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), art. 9 (disposizioni per la tutela del segreto statistico), art. 13 (programma statistico nazionale);

• Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" – artt. 2 (finalità), 4 (definizioni), 7-10 (diritti dell'interessato), 13 (informativa), 28-30 (soggetti che effettuano il trattamento), 104-110 (trattamento per scopi statistici o scientifici);

• *Codice di deontologia e buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale* (all. A3 al Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196);

• Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2004 – *Programma Statistico Nazionale per il triennio 2004 – 2006* (Suppl. ord. n. 134 alla Gazzetta Ufficiale del 30 luglio 2004 – serie generale, n. 177);

• Decreto del Presidente della Repubblica 14 luglio 2004 – *Approvazione delle rilevazioni statistiche rientranti nel Programma Statistico Nazionale per il triennio 2004-2006 che comportano l'obbligo di risposta, ai sensi dell'art. 7 del decreto legislativo 6 settembre 1989 n. 322* (G.U. n. 188 del 12 agosto 2004).

La revisione delle statistiche di mortalità per causa in Italia

Negli anni più recenti, l'Indagine sulle cause di Morte condotta dall'ISTAT è stata oggetto di una profonda ristrutturazione che ha visto in primo piano l'introduzione di un sistema automatico per la codifica della causa di morte e la completa revisione delle molteplici fasi di lavorazione del dato di mortalità (registrazione dei modelli di rilevazione, controlli quantitativi e qualitativi e forme di pubblicazione e diffusione del dato finale).

Fino ai decessi avvenuti nel corso del 1994 il processo di codifica della causa di morte era infatti manuale e le fasi di inserimento, controllo e correzione del dato erano successive alla codifica e alla registrazione numerica del codice-causa. Date le dimensioni onerose di tale rilevazione (ogni anno in Italia si verificano in media oltre 500.000 decessi), la preponderanza di fasi di lavorazione manuale causava ricadute negative in termini di qualità del dato finale, di risorse impegnate e di tempistica del rilascio finale del dato.

A partire dal 1995, la lunga e complessa fase di revisione manuale delle schede di morte (in cui l'operatore effettuava una prima verifica sulla corretta compilazione del questionario nella sezione demografica, completava le informazioni mancanti se deducibili da altri elementi della scheda e correggeva le incompatibilità più evidenti) è stata sostituita da una revisione automatica quantitativa dei modelli e da un piano di registrazione controllata progettato per individuare e correggere on-line i più ricorrenti errori formali (cioè derivanti dalle norme di compilazione del modello) e sostanziali (cioè dovuti ad incompatibilità con informazioni derivanti da variabili diverse, indipendentemente dalla struttura del modello), nonché gli errori ortografici derivanti dalla registrazione alfabetica di tutte le entità morbose riportate nella scheda di morte così come richiesto dalla procedura di codifica automatica. In sostanza il modello cartaceo viene sostituito con una "mappa" informatizzata che riproduce su video le informazioni contenute nella scheda di morte nella loro totalità.

Questa trasformazione ha portato ad anticipare significativamente, rispetto al precedente sistema, la fase di registrazione e ha avviato una automatizzazione di tutto il processo di lavorazione del dato, con la parziale eccezione della gestione degli "scarti" della codifica automatica per i quali è stata implementata una procedura interattiva di codifica manuale sulla scheda informatizzata.

I vantaggi e i limiti insiti nel passaggio dalla codifica manuale a quella automatica riguardano sostanzialmente quanto di seguito indicato.

• La qualità dei dati. I vantaggi sono: la riduzione della variabilità nella codifica delle cause, nel livello di soggettività dell'interpretazione legato al processo di codifica manuale, il miglioramento della comparabilità dei dati anche a livello internazionale, l'eliminazione dell'errore dovuto alla scorretta registrazione del codice della causa apportato manualmente sulla scheda. I limiti riguardano essenzialmente la quota di record che, essendo scartata dalla procedura automatica (perché relativa a decessi caratterizzati da un quadro morboso complesso, con un elevato numero di patologie riportate oppure riconducibili a cause che richiedono un doppio codice), richiede ancora l'applicazione del proces-

so manuale, più oneroso dal punto di vista dei tempi e delle risorse umane impegnate.

• La tempistica. I vantaggi consistono nella significativa riduzione dei tempi e del personale (altamente specializzato) necessari per la procedura di codifica manuale. Il guadagno nel tempo di codifica è però compensato dalla dilatazione, certamente riducibile con l'evoluzione del sistema di codifica automatica, dei tempi di registrazione (è infatti necessario prevedere una registrazione alfanumerica di tutte le espressioni mediche riportate nel certificato di morte). Inoltre, sebbene gli elementi innovativi introdotti abbiano permesso di restringere notevolmente i tempi di rilascio dei dati definitivi, la fase di raccolta dei modelli è tuttora in forma cartacea e risente del lungo percorso che la modulistica deve seguire prima di giungere all'unità operativa dell'ISTAT preposta al processo di lavorazione del dato.

• La completezza dell'informazione. La codifica automatica richiede che tutta l'informazione della parte sanitaria del modello (includendo le cause multiple, cioè ogni stato morboso o malattia che abbia avuto rilevanza nel contribuire al decesso) sia registrata su supporto magnetico. L'adozione e la disponibilità della multimorbosità se da un lato incrementa il patrimonio informativo e le potenzialità di analisi, dall'altro comporta un grosso impegno di risorse preposte alla codifica, sebbene, come già detto, l'adozione del sistema automatico limiti il ricorso alla codifica manuale alle sole entità morbose che non hanno superato la fase automatica. Pertanto, l'uso di procedure automatizzate fornisce un'ottima occasione per elaborare e diffondere dati sulle cause multiple.

Un altro decisivo cambiamento è rappresentato dal passaggio attualmente in atto dalla Nona alla Decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie, Traumatismi e Cause di Morte (ICD) per la codifca delle cause di morte, un passaggio tra i più importanti e delicati, già compiuto in numerosi Paesi del mondo. La nuova revisione presenta rispetto all'ICD-9 vari cambiamenti, ad esempio un maggior livello di dettaglio per molte condizioni e minore per altre, l'utilizzo di codici alfanumerici, lo spostamento di alcune condizioni in capitoli diversi ecc.

La traduzione italiana della decima revisione è stata curata del Ministero della Salute coadiuvato da un team di esperti dell'ISTAT e di specialisti afferenti alle varie discipline trattate. L'obiettivo prioritario dell'ICD-10, in base a quanto dichiarato dall'OMS, è quello di promuovere la comparabilità statistica a livello internazionale nella raccolta, classificazione, codifica e presentazione dei dati di mortalità per causa.

Ovviamente, l'adozione di un sistema di codifica automatica renderà più agevole e rapido il passaggio da una revisione alla successiva, ma implicherà comunque la necessità di una completa revisione del processo di codifica, controllo, validazione e diffusione dei dati di mortalità.

1.2.6 Indicazioni per la programmazione

In Italia, così come nella gran parte degli altri Paesi, le statistiche di mortalità sono utilizzate per delineare le condizioni di salute della popolazione e per programmare e verificare l'efficacia di interventi volti al miglioramento della salute pubblica.

La mortalità è quindi un indicatore importante ma parziale dello stato di salute di una popolazione in quanto importanti diminuzioni della mortalità per alcune gravi patologie (ad esempio alcuni tumori), possono essere dovute a progressi nella diagnosi o nel trattamento, anche se l'incidenza della malattia rimane stabile o è addirittura in aumento. Inoltre, molte malattie di grande diffusione ed impatto sociale (ad esempio artrosi, diabete, ipertensione ecc.) presentano bassi o addirittura trascurabili livelli di mortalità.

Va poi tenuto presente che l'attribuzione della causa di morte, così come riportata nelle schede della rilevazione, si basa sulla diagnosi del medico curante o del medico necroscopo e non necessariamente sulla completa documentazione clinica. La validità dei dati di mortalità per causa non è quindi assoluta, ma dipende anche strettamente dalla correttezza della certificazione. Convenzionalmente, si intende come causa di morte la causa iniziale, cioè la malattia che ha dato inizio a quel concatenamento di eventi il cui esito finale è stato il decesso.

Ciò premesso, le statistiche di mortalità sono considerate, a livello nazionale ed internazionale, un segmento irrinunciabile dei sistemi di indicatori finalizzati alla valutazione dello stato di salute della popolazione e, più in generale, del livello di performance raggiunto dai sistemi sanitari (risultati ottenuti rispetto agli obiettivi di salute fissati), pertanto esse rappresentano, insieme ad altri indicatori, un vero e proprio strumento di governo (alcuni indicatori di mortali-

tà, in particolare quelli relativi alla cosiddetta mortalità evitabile, sono ad esempio inclusi tra gli indicatori di outcome all'interno del "Sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", D.M. 12.12.2001 che è finalizzato al monitoraggio del rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza a livello regionale).

Nell'ottica dei principi ispiratori del Sistan (fornire al Paese e agli organismi internazionali una informazione statistica ufficiale che soddisfi i requisiti dell'affidabilità, dell'imparzialità, della pertinenza, della tempestività, della tutela della riservatezza, della trasparenza, del minimo carico sui rispondenti e dell'efficienza), degli obiettivi fondamentali del Programma statistico nazionale (tra cui l'armonizzazione con i programmi di altri organismi internazionali, specialmente con quello dell'UE) e dell'impianto concettuale e organizzativo che sta alla base dell'NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) e del neonato CCM (Centro di Controllo della Malattie, legge 138 del 2004), occorrerebbe continuare e rafforzare l'opera di reengineering dei processi di produzione dell'informazione relativa alla mortalità al fine di:

- standardizzare, a livello internazionale, le procedure e le metodologie di raccolta e analisi dei dati, di costruzione e utilizzo di indicatori;
- sensibilizzare i medici sull'importanza delle statistiche di mortalità, istruirli su quali sono le modalità che permettono di fornire una corretta ed adeguata certificazione delle cause di morte;
- integrare, attraverso il nuovo SIS, l'informazione sulla mortalità con quella relativa ad altre fonti/indagini anche attraverso procedimenti di record linkage;
- rispondere efficacemente alle diverse esigenze (conoscitive, decisionali) dei molteplici utenti dell'informazione, garantendo la continuità e solidità del sistema di monitoraggio ma anche la capacità di rispondere adeguatamente a cambiamenti ed evoluzioni rapide dei bisogni informativi o a necessità dettate da situazioni di emergenza;
- migliorare il coordinamento tra le istituzioni, centrali e locali, che producono, gestiscono, utilizzano i dati di mortalità (Regioni, Comuni, Aziende Sanitarie, ISTAT, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità);
- fornire una informazione territorializzata (cioè con un elevato livello di disaggregazione territoriale, necessario per valutare il raggiungimento degli obiettivi di salute ad esempio a livello di ASL), sensibile all'evoluzione dei fenomeni nel tempo e ai differenziali geografici, vicina al cittadino e all'operatore, rilevante per le potenzialità di analisi e di utilizzo a fini decisionali, coerente con il nuovo scenario politico-istituzionale.

A livello europeo, il nostro Paese partecipa, attraverso l'ISTAT, ad una Technical Group sulle statistiche di mortalità per causa, la cui finalità principale è quella di migliorare la comparabilità e la qualità delle cause di morte fra i Paesi dell'UE, ormai allargata, dal maggio 2004, a 25 Paesi.
Le tematiche trattate nell'ambito del gruppo di lavoro e le finalità perseguite ed in parte raggiunte sono principalmente:

- il miglioramento della qualità della certificazione (tramite informazione e documentazione appropriata per i medici certificatori e programmi di e-learning);
- l'analisi dei problemi legati alle cause di decesso mal definite o non specificate;
- la costituzione di un sistema internazionale di statistiche sulle cause di decesso che consenta di comparare la mortalità nei diversi Paesi dell'UE;
- la diffusione di statististiche di mortalità per causa armonizzate e comparabili sulla base della Short List – 65 gruppi di cause dell'Eurostat, attraverso il DB on line New Cronos regio;
- la predisposizione e diffusione di raccomandazioni da parte della "European Commission Public Health Programme" rivolte ai Paesi dell'UE. Durante il 1999 è stato, infatti, condotto uno speciale progetto, finanziato da Eurostat, dal titolo "Quality and comparability improvement of European causes of death statistics" sotto la leadership della Francia ed in particolare dell'INSERM di Parigi che coinvolse gli esperti dei 15 Paesi dell'Unione Europea e 2 Paesi EFTA (Islanda e Norvegia).

Uno degli obiettivi principali, perseguiti e raggiunti dal progetto, è stato quello di effettuare una ricognizione sulle principali "Pratiche di certificazione" e di predisporre un set di 39 raccomandazioni da utilizzare come Linea guida internazionale nel processo di armonizzazione delle statistiche di mortalità. Le raccomandazioni proposte sono state indirizzate soprattutto agli Uffici di statistica, ai medici certificatori, codificatori ecc., con la finalità di standardizzare i processi tra i vari Paesi UE;

- l'utilizzo entro il 2005 da parte di tutti Paesi dell'Unione Europea del sistema di codifica automatica per le cause di morte. In particolare per i Paesi che non hanno ancora implementato il software MICAR-ACME si raccomanda