

anche di imprese pubbliche o private, sulla base di accordi, convenzioni o contratti per lo svolgimento, nell'ambito di attività di ricerca multicentrica, di specifiche parti progettuali.

La ricerca biomedica e l'innovazione tecnologica stanno caratterizzando e trasformando profondamente i processi di cura e i servizi sanitari. In tale contesto di innovazione, la strada da percorrere è quella di un patto nuovo dove Stato, Regioni, Università e imprese lavorino insieme per una strategia di promozione e supporto della ricerca e sviluppo (R&S), la cui applicazione rappresenta un punto qualificante ed essenziale per l'intero sistema nazionale.

Con queste premesse la conseguente strategia del Ministero della Salute è stata quella di favorire l'aggregazione degli Istituti appartenenti alla propria rete istituzionale, Regioni, IRCCS, ISS, IZS, ISPELS, con le Università e gli altri Istituti pubblici e privati di ricerca.

L'obiettivo dal punto di vista della ricerca sanitaria è quello di far crescere la consapevolezza che la ricerca è finalizzata al miglioramento delle prestazioni fornite al cittadino, che potranno essere verificate sotto forma sia di un nuovo farmaco più efficace, sia di un nuovo modello organizzativo con riduzione dei tempi di attesa.

Questa impostazione trova un ulteriore riferimento nella situazione dei finanziamenti accordati negli ultimi anni, dove si è attuata la strategia di aumentare la massa critica della ricerca per affrontare problematiche a grande impatto sociale come le patologie tumorali, senza trascurare l'innovazione per il governo clinico e per l'ottimizzazione della dimensione organizzativa dei servizi sanitari. Pertanto negli ultimi anni, proprio per esplicita volontà, la ricerca traslazionale ha avuto particolare risalto creando sinergie tra ricerca di base e ricerca clinica, con la finalità ultima di trasferire nei tempi più rapidi possibili le più avanzate innovazioni e conoscenze al SSN e, dunque, al cittadino.

I finanziamenti per la ricerca corrente hanno cadenza annuale e sono finalizzati ad assicurare che le Istituzioni coinvolte possano, nell'ambito del proprio riconoscimento, por-

tare avanti le loro attività di ricerca istituzionale, nell'ambito delle linee di ricerca approvate. Queste sono ripartite attraverso la misurazione di performance scientifiche e assistenziali.

Per quanto attiene la ricerca finalizzata, attraverso il Bando Ricerca Finalizzata 2009 il Ministero ha aperto a tutti i ricercatori del SSN la possibilità di presentare progetti di ricerca la cui valutazione, attraverso il sistema della *peer review* (valutazione tra pari), è affidata a revisori, che prevalutano i progetti, operanti all'estero e segnalati dal prestigioso NIH-CSR (ente governativo statunitense dedicato alla selezione e al finanziamento dei progetti di ricerca biomedica). Il giudizio definitivo è affidato al Comitato di valutazione composto per due terzi da esperti stranieri.

Anche per il bando Ricerca Finalizzata 2010, attualmente in corso, che vede impegnati da parte dello Stato circa 82.127.000 di euro, è stato mantenuto lo stesso spirito ed è aperto a proposte di ricerca, prevalentemente traslazionali, in tutte le aree della ricerca biomedica. Inoltre, per rafforzare le capacità del sistema di ricerca nazionale attraverso il trasferimento di esperienze maturate all'estero, è prevista la riserva economica di 10 milioni per i cosiddetti "*progetti di ricerca estero*" svolti in collaborazione tra ricercatori operanti nelle istituzioni dei Destinatari Istituzionali e ricercatori italiani residenti stabilmente all'estero da almeno da tre anni. Questa scelta è stata voluta per non disperdere quel livello di esperienze e conoscenze che gli italiani hanno portato e portano in giro per il mondo e per consentire, quindi, di rafforzare quei contatti e collaborazioni per far sentire, da un lato, i ricercatori italiani residenti all'estero non abbandonati dal sistema Italia e, dall'altro, rafforzare il sistema della ricerca nazionale grazie all'immenso contributo che tali ricercatori possono dare al nostro Paese in termini sia di qualità sia di metodologie di lavoro. Altri 5 milioni sono stati riservati ai cosiddetti "*progetti di ricerca cofinanziati*" in cui l'industria del settore biomedico italiano si impegnerà a cofinanziare con ulteriori risorse, almeno pari al finanziamento ministeriale, i

progetti di ricerca che risulteranno vincitori. Ciò consentirà di aumentare la capacità economica a disposizione della ricerca sanitaria e contribuirà a creare quel sodalizio tra il mondo della ricerca e il settore privato nell'interesse del cittadino.

Il Ministero della Salute è coinvolto in molteplici progetti europei a supporto della ricerca. In particolare, è coinvolto in una serie di progetti ERANET in cui gli Stati partecipanti mettono in comune le proprie risorse per programmi di ricerca congiunta, attraverso il finanziamento, ognuno per la sua competenza, di istituzioni nazionali chiamate così a operare in comune su un contesto internazionale. In tale ambito, oltre al progetto ERANET TRANSCAN relativo allo sviluppo di progetti di ricerca traslazionale nel campo oncologico, il Ministero partecipa direttamente sia al progetto ERANET NEURON per la ricerca in campo neurologico, sia al progetto ERANET PROCHILD nel settore della pediatria, al progetto ERANET malattie rare e al progetto ERANET Emida sanità animale. È altresì impegnato nel supporto di progetti comunitari relativi allo sviluppo di Infrastrutture di Ricerca in Ambito Europeo (ESFRI) nel settore della ricerca sanitaria.

La ricerca nel settore veterinario

Nell'ultimo decennio la ricerca sanitaria italiana nel campo della medicina veterinaria ha raggiunto un grado elevato di qualità e concretezza, e questo è frutto del lavoro di squadra che si è realizzato tra il Ministero della Salute, il cui competente Dipartimento coordina, promuove e finanzia le ricerche, gli IZS e i Centri di Referenza Nazionale (CRN), che insieme all'ISS svolgono un'attività di ricerca strategica da un punto di vista istituzionale studiando e sviluppando nuove strategie diagnostiche, perfezionando e implementando quelle già consolidate, standardizzando e validando i protocolli operativi nel campo sia della sicurezza alimentare sia della salute animale e del benessere, soddisfacendo in questo modo la richiesta di prestazioni di elevati livelli di qualità, garantendo livelli uniformi di intervento su tutto il territorio nazionale. Il loro

operato, svolto in maniera capillare grazie anche alle sezioni diagnostiche territoriali, ha permesso al nostro Paese di crescere sia da un punto di vista sanitario, soprattutto nel settore della sicurezza alimentare, sia da un punto di vista economico, ottenendo risultati apprezzabili nel settore delle esportazioni di alimenti di origine animale.

Per quanto attiene alla ricerca europea, si evidenzia la partecipazione degli Enti che svolgono ricerca nel settore veterinario ai progetti di ricerca del VII Programma Quadro dell'Unione Europea. Inoltre, attraverso lo svolgimento di un bando transnazionale che ha coinvolto 19 Paesi, 1 milione di euro è stato investito dal Ministero della Salute (Fondi RF 2009) in sanità animale, favorendo l'aggregazione dei migliori centri di ricerca europei in tematiche ritenute strategiche a livello comunitario, con ottimi risultati da parte dei partner italiani che hanno partecipato al bando. Infine, bisogna sottolineare come la sanità pubblica veterinaria, alla luce di continue nuove emergenze da fronteggiare, della globalizzazione dei mercati e dei cambiamenti climatici, sia unita a doppio filo alla sanità umana secondo il principio internazionalmente riconosciuto di "one-health".

12. Scenario internazionale

12.1. Riflessi nel Servizio Sanitario Nazionale delle politiche comunitarie in tema di mobilità dei cittadini europei ed extra UE

Guardando al territorio del continente europeo anche nel biennio 2009-2010 la mobilità sanitaria, in ingresso o in uscita, ha comportato un impatto in termini organizzativi ed economici sullo stato sanitario del Paese. Nel 2009 sono stati effettuati rimborsi per prestazioni sanitarie fornite ad assistiti italiani per 129.960.161,35 euro e, viceversa, sono stati incassati 61.000.805,02 euro per prestazioni sanitarie fornite dall'Italia ad assistiti degli altri Paesi UE; nel 2010 sono stati pagati 163.787.194,21 euro, mentre sono stati incassati 86.907.818,57 euro. I dati si riferiscono, per la maggior parte, ad annualità precedenti e non sono ancora stabilizzati, in quanto c'è uno slittamento tem-

porale nella notifica dei reciproci crediti a cui segue un ulteriore periodo per le necessarie verifiche di competenza.

Sul piano normativo, nel biennio considerato consistente è stato l'impegno per l'implementazione dei nuovi regolamenti in materia di mobilità sanitaria (Regolamento CE 883/2004 e Regolamento CE 987/2009). Nel biennio 2009-2010 l'assistenza sanitaria prevista a favore dei destinatari degli accordi bilaterali di sicurezza sociale con i Paesi extra UE (Argentina, Australia, Bosnia-Erzegovina, Brasile, Croazia, Macedonia, Principato di Monaco, San Marino, Serbia, Tunisia), seppure costituisca un fenomeno di minore rilevanza, sia per il più contenuto fenomeno della mobilità, sia per il limitato ambito di tutela sanitaria, ha generato un fatturato attivo di 7.703 fatture per un importo pari a 22.251.133,17 euro e un fatturato passivo di 14.921 fatture per un importo pari a 5.633.684,21 euro.

12.2. Azioni di comunicazione e informazione per favorire l'accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati

Nell'ambito degli interventi per favorire l'accesso ai servizi sanitari alla popolazione immigrata, è stato attivato il progetto denominato "Percorso di integrazione all'atto della richiesta del permesso di soggiorno e della convocazione presso lo Sportello Unico" con la presenza di operatori specializzati che affiancano, per la parte sanitaria, l'operatore dello Sportello unico per l'immigrazione e distribuiscono la guida "Informa Salute", predisposta in diverse lingue per informare sul diritto di accesso ai servizi e sulla loro disponibilità in ambito territoriale in relazione alla Provincia di dimora dello straniero.

Il progetto – avviato nel luglio 2010 e della durata di 12 mesi – ha coinvolto 14 ASL su tutto il territorio nazionale e 5 Sportelli unici dell'immigrazione.

12.3. Linee di sviluppo delle politiche dell'UE nel settore della salute pubblica e partecipazione italiana ai programmi di ricerca comunitari

Il Ministero partecipa con convinzione e im-

pegno in termini di risorse alle attività istituzionali presso l'UE nel settore della sanità pubblica. Nell'ambito del Gruppo di lavoro "Sanità Pubblica" collabora alla predisposizione dei dossier normativi di competenza delle istituzioni comunitarie e promuove l'attuazione, ove necessario previo recepimento, delle normative stesse. Il Ministero segue anche l'attività dei numerosissimi Comitati e Gruppi di lavoro della Commissione e del Consiglio dell'Unione Europea.

In particolare, l'Italia ha partecipato alle riunioni propedeutiche alla predisposizione della "Direttiva servizi" e al cosiddetto "Pacchetto farmaceutico". Del pacchetto fanno parte la direttiva sulla "farmacovigilanza", già approvata, la direttiva sui "farmaci contraffatti" e la direttiva su "informazione ai pazienti", la cui valutazione è attualmente sospesa.

L'importanza delle attività è altresì dimostrata dalla partecipazione degli organi politici di vertice a una serie di riunioni e conferenze ministeriali a livello di Unione Europea tra le quali:

- UE - Conferenza ministeriale "*Innovation and solidarity on Pharmaceuticals*", su accesso ai farmaci innovativi;
- UE - Consiglio dei Ministri della Salute (EPSCO);
- UE - Consiglio dei Ministri della Salute (EPSCO) informale, questi ultimi con cadenza semestrale.

All'attività svolta presso le istituzioni comunitarie si affianca quella a livello del Consiglio d'Europa, presso il quale esperti italiani partecipano a gruppi di lavoro che predispongono raccomandazioni adottate poi dai Ministri della Salute riuniti in Consiglio.

Altrettanto rilevante la partecipazione ai lavori dell'OCSE e al "Secondo programma di azione comunitario nel settore della salute", che nel 2010 ha visto accogliere 5 progetti nel settore "promuovere la salute" e la partecipazione a una "*Joint Action*" nel settore: "migliorare la sicurezza sanitaria dei cittadini".

12.4. Gli esiti conseguenti agli impegni assunti in sede ultraeuropea per migliorare la salute dei cittadini attraverso il raf-

forzamento dei sistemi sanitari (attuazione della Tallinn Charter – OMS Regione europea – Rapporti bilaterali – Progetti Euromed)

Nella quadro dell'attuazione degli impegni assunti a Tallinn si inseriscono sia il partenariato Euro-Mediterraneo con i Progetti EUROMED-salute sia gli accordi sanitari bilaterali quali espressione di tale forte impegno attuativo.

All'interno dell'Unione per il Mediterraneo l'Italia si è fatta promotrice di importanti iniziative che hanno l'obiettivo di promuovere il rafforzamento dei sistemi sanitari e dell'offerta di salute in quell'area. L'Italia si è impegnata ad avviare progetti concreti di salute a livello multilaterale con tutti i Paesi della sponda Sud del Mediterraneo e del Vicino Oriente, con il coinvolgimento di Paesi europei come Francia, Spagna e, più recentemente, Malta.

Il Ministero della Salute ha inteso stimolare e sensibilizzare la nuova Organizzazione affinché il tema della Salute faccia parte integrante e sia considerato prioritario nell'ambito del programma EuroMed-UfM. Sono attualmente in corso sei progetti EuroMed-UfM:

- *EpiSouth*;
- *EuroMed Cancer Registries Network*;
- *Cancer Screening and Early Diagnosis Programme*;
- *MediCel: Food-induced Diseases*;
- *Cardiovascular Diseases – Congenital Heart Diseases*;
- *Mediterranean Transplant Network*.

Il biennio 2009-2010 ha visto la costituzione dei tavoli di coordinamento fra tutti i Paesi EuroMed per la gestione e il monitoraggio dei singoli progetti. Il successo delle attività promosse è dimostrato dalla decisione del Ministero della Salute, assunta a fine 2010, di rifinanziare i progetti per un ulteriore periodo di dodici mesi.

La promozione di partenariati tecnico-scientifici, lo scambio di informazioni sull'organizzazione dei rispettivi Servizi Sanitari Nazionali, le attività di formazione per il personale, la possibilità di inviare i propri pazienti in Italia per percorsi di cura mirati sono esempi delle possibilità di

articolazione dei Memorandum d'Intesa bilaterali per la collaborazione nel settore della Salute e delle Scienze Mediche, attraverso i quali si stabiliscono e avviano tali partenariati.

L'esistenza di diversi protocolli di Intesa, già attivi da molti anni, con i Paesi della Regione della sponda Sud del Mediterraneo e del Vicino Oriente, quali Tunisia, Algeria, Libia, Egitto, Israele, Giordania, ma anche con i Paesi del Golfo come Arabia Saudita o europei come Malta, ha creato una rete di rapporti istituzionali tra le Autorità sanitarie centrali, tra Regioni e Istituti scientifici e ospedalieri, che oltre a promuovere i progetti e i contatti reciproci in ambito multilaterale, come nell'Unione per il Mediterraneo, costituiscono un collante importante per migliorare i rapporti e le condizioni sociali e strutturali di molti Paesi, affiancando così utilmente i partenariati economici e commerciali e di cooperazione scientifica e culturale.

Un'altra area di grande e rinnovato interesse è quella dell'America Latina che, attraverso intese siglate di recente con il Messico, il Brasile, il Venezuela, e quelle già esistenti con l'Argentina, consente al nostro Paese di entrare in contatto con realtà sanitarie distanti materialmente, ma vicine e affini per ceppo linguistico e tradizioni. Sempre in quell'area i rapporti bilaterali potranno risultare molto utili nei Progetti multilaterali di ampia scala, come EUROsociAL II, finanziato dall'Unione Europea per migliorare la coesione sociale di quelle popolazioni, attraverso progetti di collaborazione e scambio di buone pratiche, oltre che nel settore educazione e sanità, in altri campi come protezione sociale e politiche del lavoro, sicurezza e giustizia, promozione della legalità e lotta alla corruzione.

Le intese bilaterali riguardano anche i Paesi dei Balcani come l'Albania, con il quale da moltissimi anni l'Italia intrattiene rapporti privilegiati, Serbia e Montenegro, per i quali si stanno ultimando i negoziati, e i tre Paesi dell'area caucasica, Azerbaigian, Armenia e Georgia, che consentono al nostro Paese di entrare in contatto con realtà diverse apportando un proprio contributo

importante nella formazione e nello scambio di buone pratiche.

13. Il contributo del Consiglio Superiore di Sanità

Nel biennio 2009-2010 il Consiglio Superiore di Sanità (CSS), organo di consulenza tecnico-scientifica del Ministro, ha mantenuto costantemente le due impostazioni di attività che gli sono proprie, vale a dire quella di carattere consultivo e quella di carattere propositivo. L'ampiezza e l'articolazione dei temi trattati è stata molto ampia: il CSS si è espresso, come previsto dalla sua funzione istituzionale, su un vasto ventaglio di materie e settori attinenti alla sanità del Paese. Nel novero degli argomenti affrontati, che si sono concretizzati in oltre 900 "pareri", si ricordano la profilassi delle malattie infettive, con particolare riguardo alla pandemia da virus AH1N1, al nuovo Piano Nazionale Vaccinazioni, la prevenzione e tutela igienico-sanitaria dell'ambiente come le problematiche connesse al Regolamento di Polizia Mortuaria e l'utilizzo di occhiali necessari alla visione stereoscopica, l'igiene e sicurezza degli alimenti tra cui la vendita e il consumo di latte crudo, le acque potabili e minerali, la sicurezza delle cure e la corretta informazione del paziente, con particolare riguardo alla proposta di terapia endovascolare per la sclerosi multipla e al trapianto da "Donatore samaritano di rene". Il CSS è intervenuto, inoltre, in temi attinenti alla programmazione sanitaria, connessi all'assistenza all'anziano, alle cure palliative e alla terapia del dolore. Sulla sicurezza e appropriatezza nell'uso di tecnologie e di sostanze con impatto sulla salute, il CSS si è espresso sull'utilizzo di tecnologie mediche con caratteristiche diagnostiche, come le apparecchiature TC volumetriche "Cone beam", e terapeutiche, come per esempio l'apparecchiatura per adroterapia, sia relativamente a tecnologie non mediche come le diverse tipologie di body scanner.

Di particolare rilevanza, anche per l'interesse suscitato nell'opinione pubblica dall'argomento, è stato il parere in merito all'inserimento di nuove sostanze, come quelle deno-

minate JWH-018 e JWH-073 e mefedrone nelle tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

Da questa sintetica disamina dell'attività svolta dal CSS si rileva come nel contesto attuale, caratterizzato da un'offerta crescente di strumenti e di interventi a tutela della salute, che, a volte, suscitano interrogativi di carattere etico e giuridico rispetto a un'evoluzione sociale che conferisca sempre più all'individuo il ruolo centrale nella scelta degli interventi preventivi e terapeutici e da una limitata disponibilità di risorse, il CSS per le sue prerogative sintetizzabili in rigore scientifico, rispetto della persona e autonomia di giudizio, continua a rappresentare un importante punto di riferimento.

14. La comunicazione istituzionale per la salute

La comunicazione istituzionale della salute ha un ruolo strategico nel rapporto tra SSN e cittadino, e internet ha reso questo ruolo più forte nel corso dell'ultimo decennio. L'obiettivo centrale della comunicazione è l'*empowerment* dei cittadini. Il cittadino *empowered* è un soggetto che comprende e sceglie, è un costruttore dei propri stili di vita, un protagonista del proprio benessere ed è in grado di interagire in modo responsabile con il SSN. La consapevolezza del ruolo strategico della comunicazione è diffusa anche nella programmazione delle Regioni, in molti dei recenti Piani Sanitari Regionali (PSR) in linea con il Piano Sanitario Nazionale (PSN).

Internet si avvia a essere la principale fonte di informazioni sulla salute e l'assistenza sanitaria anche nel nostro Paese. Per gestire tale cambiamento e volgerlo a favore dei pazienti e del SSN, il Ministero ha redatto apposite "Linee guida per la comunicazione online in tema di tutela e promozione della salute". Le Linee guida contengono raccomandazioni su contenuti minimi dei siti, usabilità, criteri redazionali, interattività, web 2.0, una scheda di autovalutazione della qualità dei siti web del SSN e un questionario di customer satisfaction (www.salute.gov.it) e presentano anche i risultati degli studi e delle indagini preliminari.

Nell'ambito delle Linee guida, è stata inoltre condotta un'analisi della qualità dell'offerta informativa dei siti internet delle ASL. Sono stati elaborati indicatori sintetici suddivisi per area geografica. Di seguito i principali risultati:

- meccanismi di tutela (disponibilità sul sito della normativa di settore, di informazioni sulla carta dei servizi, sul codice di comportamento dei dipendenti pubblici e della dichiarazione esplicita circa il trattamento dei dati personali): la media nazionale è pari a 7,3; le ASL del Nord Italia registrano un valore superiore (8,4);
- diritti di accesso (disponibilità nella home page di link all'Urp e newsletter, disponibilità di forum, chat, mailbox, weblog, Pec); le ASL del Nord (5,5) e del Centro (5,2) Italia superano la media nazionale (pari a 5,2);
- modulistica e sistemi di prenotazione (possibilità di scaricare o compilare direttamente online dal sito della ASL modulistica utile, o prenotare e pagare prestazioni sanitarie): le ASL del Nord, con un valore medio pari a 4,3, superano la media nazionale di 3,6.

Un'altra rilevazione ha riguardato la presenza del tema della promozione della salute nei siti internet delle Regioni. In 18 delle 21 Regioni prese in esame nella home page sono presenti link a campagne di sensibilizzazione oppure ad aree del sito di approfondimento a essi dedicati. Si tratta soprattutto di campagne promosse dalla Regione (in 18 casi), o in collaborazione con il Ministero.

La realizzazione di campagne di comunicazione ha rappresentato uno degli strumenti più efficaci nel perseguimento degli obiettivi di salute presenti del Piano Sanitario Nazionale. La promozione degli stili di vita salutari, la prevenzione delle malattie infettive, l'educazione sanitaria e la tutela della salute materno-infantile, la solidarietà sociosanitaria, la tutela e il benessere degli animali sono i temi principali sui quali si è concentrata l'attività dalla Direzione della comunicazione e relazioni istituzionali nel periodo di riferimento. Di seguito una sintesi delle iniziative più rilevanti e di grande impatto realizzate nel corso dell'ultimo biennio.

Nel biennio 2009-2010, il Ministero ha concentrato la sua attenzione soprattutto sul contrasto del tabagismo. La campagna del 2009 è stata indirizzata soprattutto ai fumatori abituali, invitandoli a smettere di fumare sia per preservare la propria salute, sia per tutelare la salute di chi subisce il fumo passivo, in particolare i bambini. La campagna 2010 è stata rivolta ai giovanissimi con l'obiettivo di prevenire l'iniziazione al fumo favorendo, fin dalla prima età scolare, un atteggiamento di netto rifiuto. La campagna 2009 "Il fumo uccide difenditi" ha vinto il primo premio nella categoria Comunicazione pubblica dell'edizione 2009 del Concorso nazionale "Aretè".

In linea con gli obiettivi di comunicazione del PSN con le indicazioni contenute nella Legge 125/2001 "Legge quadro in materia di alcool e di problemi alcolcorrelati" è stata la campagna contro l'abuso di alcool da parte dei giovanissimi, in particolare finalizzata alla riduzione degli incidenti stradali. "Ragazzi vediamoci chiaro" è stato lo slogan del 2009.

La campagna informativa sull'influenza pandemica è stata realizzata nel biennio 2009-2010 in linea con le indicazioni dell'OMS.

La campagna relativa all'influenza stagionale realizzata dal Ministero nel periodo autunnale è stata indirizzata in modo particolare alle categorie di popolazione a rischio di contagio.

Per il 2009-2010 il Ministero si è proposto di contrastare l'abbassamento dell'attenzione nei confronti del problema della diffusione dell'AIDS e in particolare di incentivare a effettuare il test HIV. La diffusione del messaggio "Non abbassare la guardia. Fai il test ... AIDS. La sua forza finisce dove comincia la tua!" è stata assicurata dalla diffusione di uno spot televisivo e uno spot radiofonico sui principali circuiti televisivi e radiofonici e da una serie di uscite sui principali quotidiani e periodici della carta stampata.

Nel settore della tutela della salute della donna il Ministero ha affrontato in questo biennio il tema dell'endometriosi.

La campagna di sensibilizzazione e informazione rivolta alle giovanissime "Quello

che non so di me” è stata realizzata con l’obiettivo di favorire una maggiore conoscenza dei sintomi della patologia, di stimolare il ricorso al medico di fiducia, di pervenire a una diagnosi precoce e, soprattutto, di prevenire l’infertilità a essa correlata.

Nel 2009, in collaborazione con l’ISS, è stata realizzata una campagna sulle cause che possono provocare l’insorgere di patologie del sistema riproduttivo e a responsabilizzarla sull’importanza della prevenzione. Spot radiofonici e televisivi sono stati prodotti e diffusi per veicolare messaggi collegati e derivati dal concetto chiave della campagna che è racchiuso nello slogan “La fertilità è un bene comune. Prenditene cura”.

Nel 2009 e 2010 sul tema della donazione e il trapianto di organi, tessuti e cellule, il Ministero ha promosso iniziative di informazione e sensibilizzazione sul territorio unitamente al Centro Nazionale Trapianti, nonché alle Associazioni di settore.

È stata realizzata nel 2009 una campagna allo scopo di sensibilizzare la popolazione contro l’abbandono di cani, in continuità con quella ideata nel 2008 insieme al fotografo Oliviero Toscani.

Il varo, nell’anno 2010, del nuovo periodico “Quaderni del Ministero della Salute”, su carta stampata e in versione telematica, ha rappresentato il ritorno del Ministero a un’attività editoriale di alto livello scientifico. Obiettivo della pubblicazione è la pro-

mozione della cultura dell’appropriatezza nei percorsi clinici e diagnostici, in primo luogo tra gli operatori del SSN. I temi trattati, numero per numero, con taglio monografico, affrontano i campi e le competenze più importanti dove sia da ricercare e conseguire la definizione di standard comuni di lavoro. Nel corso del 2010 sono stati pubblicati, a cadenza bimestrale, sei numeri:

- Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell’assistenza alle malattie del sistema cardiovascolare;
- Organizzazione dell’assistenza all’ictus: le Stroke Unit;
- Appropriatezza diagnostico-terapeutica in oncologia;
- Appropriatezza diagnostica e terapeutica nella prevenzione delle fratture da fragilità da osteoporosi;
- La soddisfazione degli italiani per la sanità;
- Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell’assistenza all’anziano.

Lungo la direttrice della diffusione di un’informazione corretta e indipendente sull’impiego sicuro e responsabile dei medicinali, l’AIFA ha orientato la propria attività comunicativa e, in particolare riguardo agli anni 2009 e 2010, le campagne sull’uso responsabile degli antibiotici: “Antibiotici? Usali con cautela” (2009) e “Antibiotici, difendi la tua difesa. Usali con cautela” (2010).

Summary of the Report

The status of health in Italy

1. General overview

1.1. Structure and demographic dynamics

On 1 January 2011, Italy had a resident population of 60,626,442 units. The North of the country has the largest share of inhabitants, with 27 million 700,000 units, equal to 45.8 % of the total. Central Italy is home to almost 12 million residents, equal to 19.7% and the South almost 21 million, or 34.5%. In 2010, the natural dynamic (difference between births and deaths) saw an overall decrease of 25,544 units. The number of live births in Italy in 2010 was 562,000 units, for a nativity rate of 9.3 per thousand inhabitants. The number of deaths, on the other hand, was 587,488 units, for a mortality rate of 9.7 per thousand inhabitants. This is the second highest mortality rate since the Second World War, after that of 2009 (592,000), confirming the fact that the population is deeply affected by the ageing process.

The Northern and Central regions of the country are characterised by a negative natural balance of -0.6 and -1.1 per thousand inhabitants respectively, whereas southern Italian regions still have a positive natural balance of $+0.2$ per 1,000. In 2010, the migratory component was significantly positive, thanks to the more than 1 million 870,000 new registrations, as opposed to 1 million 560,000 cancellations. The migratory balance is therefore approximately 310,000 units, for a rate of 5.2 per 1,000 inhabitants.

At the same date the ageing index, i.e. the relationship between the population aged

65 and over and that under 15, was equal to 144.5%. The ageing process involves all Regions of Italy, particularly those in the north and centre of the country, where the ageing index is well above the equality threshold, with values of 155.7% and 160.4%, respectively. By analysing structure by age, it can be observed that individuals aged 65 and over now account for 20.3% of the population, youngsters up to 14 account for 14% and the population of an occupation age, 15-64 years, accounts for less than two thirds of the whole.

At 1 January 2011, it was estimated that the foreign population residing in our country came to 4,570,317 units, i.e. 7.5% of the total population. The increase, compared to 1 January 2010, is of 335,258 units (+7.3%).

1.2. General mortality and life expectancy

In the period between 2001 and 2008, the last year for which data is available, the raw mortality rate did not undergo any great variation, remaining more or less stable around values of about 10 per 1,000 amongst men and 9.7 per 1,000 amongst the female population, despite the fact that the absolute number of deaths increased, from 556,892 cases in 2001 to 581,470 in 2008. An analysis of the standardised rates for the 2001-2008 period, on the other hand, shows a significant decline in mortality: -13% for men and -11% for women. The analysis of infant mortality between 2001 and 2008 reveals a steady drop, with a reduction during the period of 22% for

males and 24% for females. The number of deaths in the first year of life for males dropped from 1,370 in 2001 to 1,108 in 2008 and for females from 1,112 to 889 cases, respectively, despite an increase in the number of live births in the same period. The variations in the infantile mortality rate are even more consistent: dropping from 4.92 per 1,000 live births in 2001 to 3.79 in 2008 for males and from 4.21 to 3.21 for females.

The geography of mortality on a regional level underwent a number of changes over the eight years considered, however the drop in the standardised rates observed nationwide was common, albeit to differing degrees in the various Regions. The improvements were generally highest in the Regions that were originally disadvantaged and, although a strong correlation remains between 2008 and 2001, the differentiation between the extremes was lower.

The most favourable situation remained in the Marche region, with the lowest rate for

both sexes. For women, only the autonomous provinces of Trent in 2001 and Bolzano in 2008 had lower mortality values than the Marche.

One of the Regions experiencing the most significant improvements for both sexes was Sardinia.

An analysis of the Regions with the highest mortality levels, on the other hand, shows Campania to be in last place, despite the significant improvements for both sexes in the standardised rate values. Sicily continued to occupy penultimate place for female mortality, despite a significant improvement in the rate. However, there was a worrying worsening in the male rates ranking, in which the same Region passed from levels lower than the national average to values considerably higher: from 127.68 per 10,000 inhabitants in 2001 (national value: 129.41) to 116.01 in 2008 (national value: 112.38).

An analysis of the geography of infantile mortality in 2008 shows significant region-

Table. Life expectancy at birth and 65 years by Region and sex (year 2008)

Home region	Life expectancy at birth		Life expectancy at 65 years	
	Males	Females	Males	Females
Piedmont-Aosta Valley	78.7	83.8	17.8	21.4
Lombardy	78.9	84.3	17.8	21.7
Liguria	78.8	83.8	17.9	21.6
Trentino-Alto Adige	79.2	85.1	18.2	22.4
Aut. Prov. of Bolzano	79.2	85.2	18.1	22.4
Aut. Prov. of Trent	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
Tuscany	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
Sicily	78.3	83.1	17.6	20.8
Sardinia	78.6	84.2	18.4	21.8
Italy	78.8	84.1	17.9	21.6

Source: Istat. <http://demo.istat.it/> – Year 2008.

al differences: the persistent disadvantage of Southern Italy is evident, with an infantile mortality rate equal to 4 per thousand live births, compared to Central and, particularly, Northern Italy, which recorded values of 3.6 and 3 per 1,000, respectively. As regards the analysis of survival nationwide, life expectancy at birth in 2008 was 78.8 years for men and 84.1 for women, whereas survival at 65 years was estimated to be 17.9 and 21.6 years, respectively.

1.3. Quality of survival: international comparisons

Although life expectancy at birth in Europe is one of the highest in the world and equal to 76.1 years for men and 82.2 years for women, too many years are still spent with severe or moderate impairments in performing activities of daily living. On average, women live 6 years longer than men. The differentials observed between men and women tend to be significantly reduced when considering an indicator that measures the quality of life lived. This is true both for the mean European value and those for the various nations considered individually. Specifically, in Italy in 2007, although women on average lived 5.5 years longer than men (84.2 years compared to 78.7), they live an average of 6.4 years more with disability (22.3 years compared to 15.9).

The data processed by Eurostat shows clear differences between Member States in terms of disability-free life expectancy. The mean European value is 61.5 years for men; however, it varies from a minimum of 52 years in Latvia and Slovakia to a maximum of 71 years in Iceland. Within the European context, Italian men are characterised by high longevity (third only to Icelandic and Swedish men), but they have low value, compared to the European average, as regards the percentage of healthy life years (79.6%). Disability-free life expectancy is 62.8 years, one year higher than the European average.

As mentioned previously, amongst EU27 women, the mean percentage of disability-free years out of the total years lived is low-

er than that observed for men and equal to 75.8%. Italian women have one of the longest overall survival values in Europe: the value of 84.2 years is lower only than those observed for Spanish (84.3 years) and French women (84.9%), however, similarly to the situation for Italian men, the percentage of disability-free years (73.5%) is lower than the European value. Amongst women, disability-free life expectancy is 61.9 years, whereas the corresponding EU-27 value is 62.3 years.

The life expectancy for a 65 year-old citizen living in the 27 countries of the EU is 17 years for a man and 20.5 years for a woman. However, the 3.5-year female advantage is outweighed when considering disability-free years: a 65-year-old man and woman can count on living 8.7 and 8.9 years without severe or moderate impairment in their activities of daily living, respectively.

The reduction in gender differentials observed when switching from life expectancy to HLY is true for all the nations considered: in Mediterranean countries the situation is overturned and the healthy life years value is higher in men. In Italy, women and men have a life expectancy at 65 years of 21.8 and 18 years, respectively and a disability-free life expectancy of 7.2 and 7.9 years, respectively.

1.4. Causes of death

In the current demographic scenario, chronic degenerative conditions associated with the ageing process, remain the primary causes of death: cardiovascular illnesses and cancer have for several years now constituted the two most frequent causes of death and were responsible in 2008 for 7 out of 10 deaths (396,692 out of 578,190 total deaths).

Amongst men, for the first time in 2008 cardiovascular diseases became the first cause of death (97,953 deaths out of a total of 281,824), overtaking cancer (97,441). Amongst women, on the other hand, cardiovascular diseases have been the main cause of death for a while, a position they maintained with 126,531 deaths out of

296,366 (43%), whereas cancer, which was responsible for 74,767 deaths (25%) was the second most frequent cause of death.

All other causes are far less frequent than cardiovascular diseases and cancer: respiratory diseases represented the third cause of death for both men and women (7% and 6%, respectively), followed by trauma amongst men (5%) and endocrine and metabolism disorders (5%) amongst women, primarily attributable to diabetes mellitus, which alone is responsible for 4% of all female deaths.

Cardiovascular diseases largely affect the older population. They are the main cause of death for men and women over 85 and, for the female population, they are as early as 65 years of age. Most cardiovascular diseases are associated with heart ischaemia (such as myocardial infarction) and cerebrovascular diseases (such as stroke).

Cancer, a prerogative of the adult and mature population, represents the first cause of death after 45 years of age and up to the age of 84 in men and 64 in women, before being overtaken by cardiovascular diseases. Lung cancer in men (with a mortality of 7.95 per 10,000) and breast cancer among women (3.67 per 10,000) are responsible

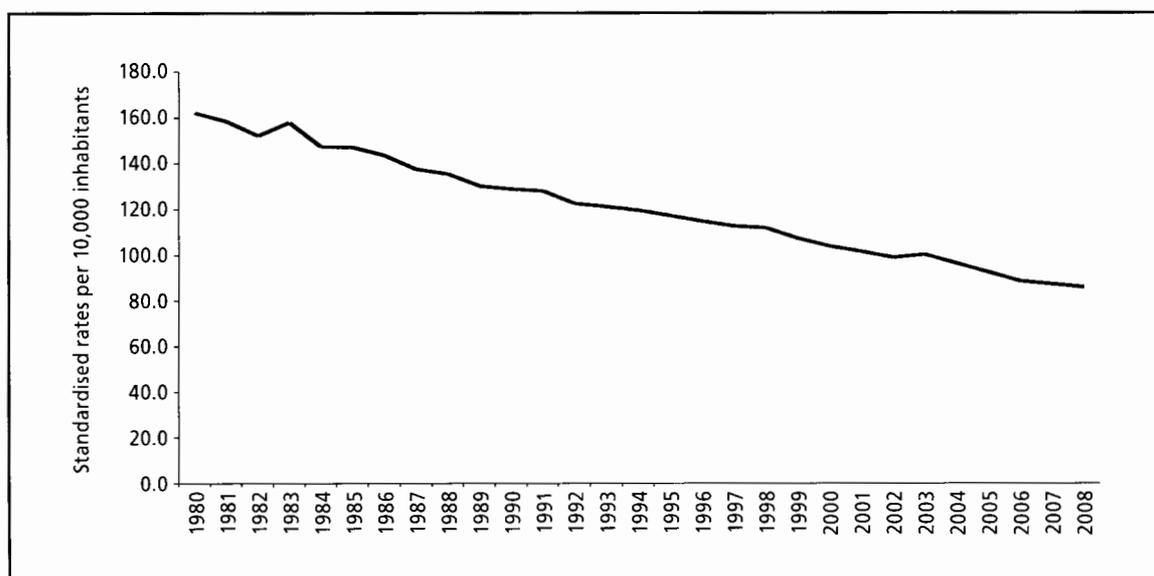
for the highest number of cancer deaths. These two types of cancer are the most frequent in all age groups of the population over the age of 45.

Amongst young adults (15-44 years), trauma is the main cause of death. Of a total of 14,169 deaths, 5,073 were caused by trauma (primarily road accidents). This was followed by cancer, which in this age range primarily takes the form of leukaemia and lymphomas.

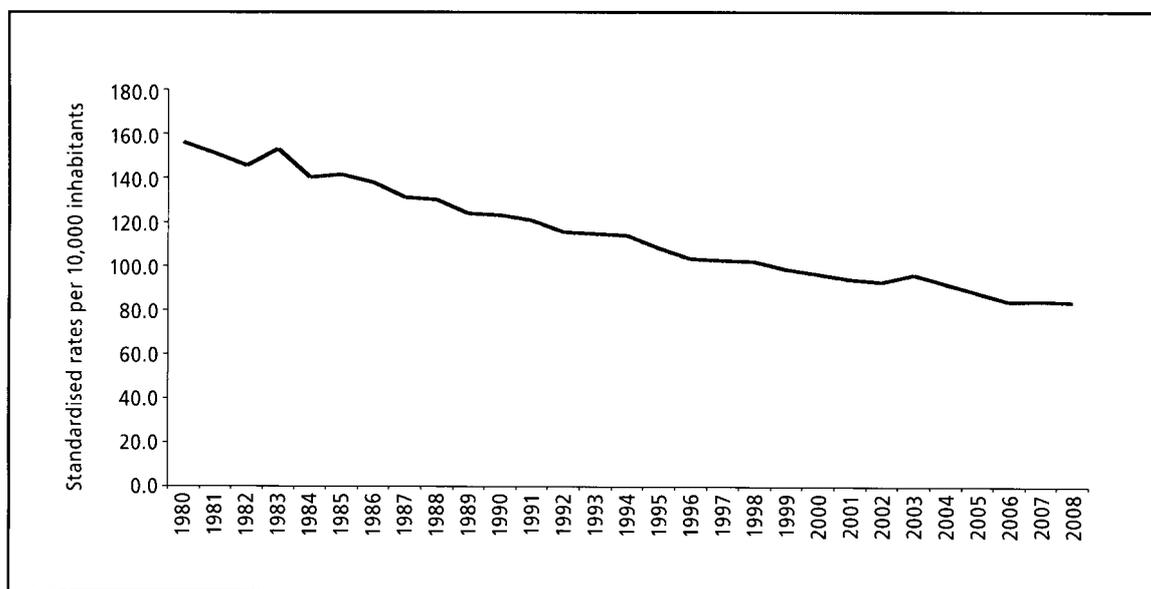
Important gender differences can be observed in this section of the population: the age-specific rate's men: women ratio in relation to general death in this age range is the highest observed and is due mainly to the difference in terms of mortality due to trauma, which amongst men is 5 times higher than observed amongst women. For this reason, trauma represents the main cause of death between males aged 15-44, whereas for females in the same range, first place is once again occupied by cancer and, specifically, breast cancer.

Amongst children and adolescents under the age of 15, there were 2,739 deaths, due primarily to conditions originating in the perinatal period (40%) and to congenital malformations and chromosome abnormalities (22%); the majority of the cancers

Figure. Total mortality. Age-standardised rates (per 10,000 inhabitants) – Italy 1980-2008: men.



Source: Istat data processed by the ISS.

Figure. Total mortality. Age-standardised rates (per 10,000 inhabitants) – Italy 1980-2008: women.

Source: Istat data processed by the ISS.

constituting the third most frequent cause (10%) of mortality in this group were leukaemia and other lymphatic or haematopoietic system cancers.

Region of residence-based analysis once again shows significant geographical differences in mortality, regardless of the different structures for the age of the populations considered. The region with the highest mortality in Italy for both men and women is Campania where, as in 2003, the values observed are significantly higher than in the other regions. The highest male and female mortality after Campania is recorded in Sicily. Cancer and cardiovascular mortality show a clear polarisation to the detriment of the country's more industrialised regions as regards cancer deaths and to the detriment of the southern regions in terms of cardiovascular deaths. Within this context, Campania once again stands out for lung cancer deaths amongst men, the highest nationwide (9.57 vs. a national rate of 7.95).

1.5. The impact of diseases

When talking about disease impact and the indicators used in the prevention initiative area, a special role is played by avoidable mortality. A cause of death is considered

“avoidable” when actions are known that can reduce the number of deaths it causes, particularly in the non-elderly population. Overall, in 2008, deaths amongst the population below the age of 75 attributable to groups of causes considered as being preventable with primary prevention schemes amount to just under 51,000. The comparison with the data for previous years shows a decreasing tendency in mortality for this group of causes. Important differences in gender can be observed. Whereas deaths for this group of avoidable causes represent a mere 3.8% of total female deaths, amongst men the percentage rises to 14.0% and, if we consider deaths in the under-75s, the weight of the group of causes that are avoidable with primary prevention rises to 36.9% for men and 18.5% for women. Overall in this group, the largest component is represented by cancer (43.8%) particularly lung cancer (34.7%); followed by cardiovascular diseases, represented entirely by ischaemic heart disease (31.9%), and trauma (22.2%).

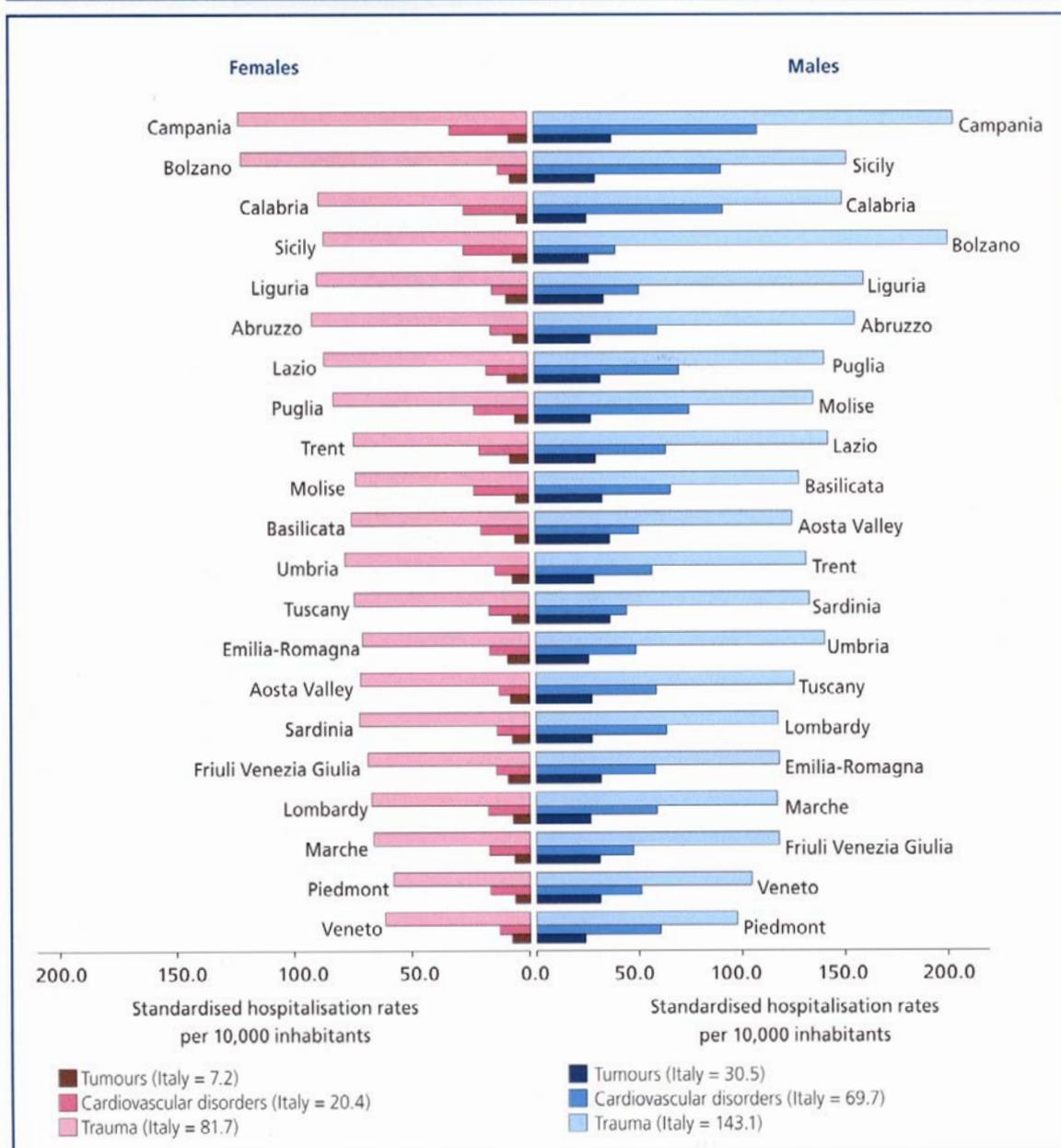
In 2008, of approximately 12 million hospital discharges, just under 940,000 indicated one of the diseases in the group avoidable with primary prevention schemes as the main diagnosis. Similarly to mortality,

for hospital admissions too there are important gender differences. “Avoidable” hospital admissions accounted for 4.8% of all female admissions and 11.3% of those amongst males and, if we consider the population under 75, these percentages rise to 14.2% for men and 6.1% for women.

The largest component of the group of causes of hospital admissions that could be avoided by primary prevention is constitut-

ed by “external” causes, i.e. poisoning and trauma, which overall account for 62.6% of the group of causes considered, but reach 73.2% amongst women (compared to 57.6% in men). In second place, in percentage terms, comes ischaemic heart disease (which accounts for 27.7% of the total amongst men and 18.1% amongst women), followed by the cancer group (12.1% in men and 6.6% in women).

Figure. Hospitalisations that could have been prevented by primary prevention by Region and gender (standardised rates per 10,000 inhabitants) [Year 2008].



Source: Ministry of Health data processed by ISS.

2. Diseases

2.1. Cardiovascular disease

Cardiovascular diseases are one of the leading causes of morbidity, invalidity and mortality. One important piece of information is that, over the past 40 years, total mortality has been more than halved (the total standardised mortality rate dropped by 53% between 1970 and 2008) and the contribution of cardiovascular diseases is the factor that has most influenced the downward mortality trend (over the same period mortality for cardiovascular disease dropped by 63%). Cardiovascular diseases are to a great extent avoidable by adopting healthy lifestyles, particularly a healthy diet, regular exercise and abstinence from smoking and therefore over the years, the increase in the medical and surgical options for the treatment of diseases has been accompanied by a growing awareness of the importance of initiatives that prevent or delay their onset.

In 2008, cardiovascular diseases were responsible for 224,482 deaths (97,952 men and 126,530 women), equal to 38.8% of total deaths. As regards ischaemic heart disease (myocardial infarction, other acute and subacute forms of ischaemic heart disease, prior myocardial infarction, angina and other forms of chronic ischaemic heart disease) there were 75,046 deaths (37,827 men and 37,219 women), equal to about 33% of all cardiovascular deaths.

Longitudinal studies conducted as part of the CUORE project enrolling more than 21,000 men and women aged 35-74 years, starting in the mid-1980s with a mean follow-up of 13 years, showed incidence rates for coronary events (in men 6.1/1,000/year with fatality at 28 days of 28%, in women 1.6/1,000/year with a fatality of 25%) to be higher than for cerebrovascular diseases (2.7/1,000/year for males, 1.2/1,000/year for females) in both sexes, except for the last decade of life in women, where the incidence of cerebrovascular events was higher. Since 1980, the age-adjusted coronary death rates have dropped from 267.1 to 141.3 per 100,000 in men and from 161.3

to 78.8 in women aged 25-84 years, producing 42,930 fewer coronary deaths in 2000 (24,955 in men, 17,975 in women). Approximately 40% of this drop was due to specific treatments, particularly for decompensated heart failure (14%) and secondary prevention treatment following myocardial infarction or a revascularisation procedure (6%). On the other hand, about 55% is due to changes in the main cardiovascular risk factors in the Italian population, primarily the drop in arterial pressure (25%) and in total cholesterolaemia (23%). This demonstrates the efficacy of the schemes designed to promote lifestyle changes, even among the elderly population, in maintaining the increases in healthy life years recorded in recent years over time. In cases of high overall cardiovascular risk, in addition to “heart-saving” life styles, medicinal products, specifically antihypertensives and fat-lowering medicinal products, of documented preventative efficacy exist.

2.2. Cancer

In 2008, it was estimated that approximately 254,000 new cases of cancer were diagnosed in Italy, 132,000 amongst men and 122,000 amongst women (in the 0-84 years range). This represented an increase compared to the previous years, mainly, but not exclusively, due to the increase in the percentage of elderly people, who have a higher risk of developing cancer, whereas the estimated incidence rate for the three-year period 2008-2010 shows substantially stable overall values, with different patterns for the two sexes: there was a slight reduction in the estimated number of new cases amongst men and a slight increase in the estimate for women.

As regards prevalence (AIRTUM report), data shows that in Italy, 4.2% of the total population have been diagnosed with a tumour, equal to about 2,250,000 subjects (987,540 males and 1,256,413 females).

Amongst women the most frequent diagnosis (42%, over half a million Italian women) was of breast cancer, followed by colorectal (12%), endometrial (7%) and

thyroid (5%) cancer. Amongst men, 22% of prevalent cases (almost 220,000 Italians) are patients with prostate cancer, 18% have bladder cancer and 15% colorectal cancer.

Almost 1,300,000 Italians (2.2% of the population) are long-term survivors, i.e. they have had a cancer diagnosis for more than 5 years. They are often disease- and cancer treatment-free. Almost 800,000 people (1.5% of the population) are still alive more than 10 years from the time they were diagnosed with cancer.

Cancer mortality is the second cause of death in Italy. Particularly, it is the first cause amongst adults and the second amongst the elderly. It is estimated that in Italy, in 2010, there were 122,000 cancer deaths in the 0-84 year age range, of which 59% were men (approximately 73,000). This figure is the result of a progressive reduction in cancer mortality expected to continue for both sexes in the years to come.

The overall result, for the 1998-2005 period is a reduction in mortality for all types of cancer. A second reduction in mortality during the 1998-2005 period has been observed in both sexes for cancer of the rectum, stomach, liver and for non-Hodgkin's lymphomas. The same was observed for men also as regards cancers of the upper airways and digestive tract, oesophagus, lungs, prostate and bladder and leukaemia. Amongst women, there was a reduction in colon, bone, breast and uterine cancer. The mortality rate for lung cancer increased amongst women and for melanoma amongst men, due to an increase in the number of new diagnoses, in the absence of developments in the therapeutic field.

The difference in mortality between North and South recorded in 1998 had significantly dropped for all types of tumour in 2005. Cancer mortality nationwide was homogeneous, so much so that the differences between Central and Southern Italy were similar amongst women (128 deaths every 100,000 women/year in the North, 121 in the Centre of the country and 120 in the South), whereas for men, the value for

the South (221 deaths every 100,000 men/year) has already exceeded that of Central Italy (214) and remains just slightly lower than in the North (232).

The fight against cancer takes place primarily through primary prevention initiatives targeting the determinants that can be characteristic of the population and/or of its subgroups and/or individuals. Screening must be performed nationwide by means of programmes organised according to homogeneous procedures and protocols, thereby creating specific, in-depth diagnostic and therapeutic programmes. Therefore, amongst other things, in order to improve the management of cancer patients, it is also necessary to promote (see also the paragraphs Prevention in Oncology, Appropriateness and relative cancer guidelines):

- the diffusion of integrated diagnostic and therapeutic management programmes, with the active involvement of the patient;
- technological adaptation for more equal access to cost-effective diagnostic methods and treatments;
- the usability of psychological and oncological support;
- overall management of advanced stage patients, by favouring the interaction of the medical, social-health and social components that make up the cancer network;
- the participation of voluntary associations, relations and family members in the care programme, particularly for terminal patients;
- the constant professional training of specialists involved in the protocols for the follow-up and integrated management of cancer patients and the review/drafting of follow-up protocols based on the definition of risk categories.

2.3. Metabolic diseases

Of the various metabolic diseases, that of greatest interest for public health, given its frequency and related load of disease, complications and disabilities, is undoubtedly diabetes mellitus. Data provided by the National Statistics Institute (Istat) indicates

that the prevalence of diabetes has continued to increase over the past decade. In 2010, 4.9% of the Italian population (5.2% of women, 4.5% of men), equal to 3,000,000 people were diabetic. The prevalence of diabetes increases with age to reach 19.8% in people aged 75 or above. In the 18-64 years age group, prevalence is highest amongst men, whereas over 65 years it is higher amongst women. As regards geographic distribution, the prevalence is highest in the South and Islands, with a value of 5.6%, followed by Central Italy with 4.8% and the North with 4.4%. Given the direct relationship between obesity/overweightness and type-2 diabetes, the data concerning the spread of these conditions amongst the Italian population should be a cause for concern. According to Istat data, in 2009, 36.6% (45.6% amongst males; 28.1% amongst females) of the adult population in Italy was overweight and 10.6% (11.6% of males and 9.5% of females) were obese. The highest percentage of obese and overweight people (11.8% and 39.8%, respectively) was recorded in Southern Italy and the islands. It has therefore been estimated that there are approximately 6 million obese adults in Italy. It is also estimated that 1 million Italian children aged between 6 and 11 are overweight or obese, with significant differences between Regions.

Primary prevention of diabetes is connected to the prevention of overweightness. The obesity epidemic can be kept under control and the pattern inverted by means of structured initiatives that involve social, economic and environmental lifestyle determinants, taking into account a number of fundamental elements:

- the prevention of obesity cannot be the exclusive competence of the Health Service;
- the schemes to be implemented must be aimed at a sociocultural change intended to alter individual behaviour regarding diet and exercise and to develop policies that allow healthier personal choices by means of a series of environmental, structural and sociocultural changes.

- programmes of documented efficacy must be developed, involving all the subjects of civil society (public institutions, citizens and consumers associations, manufacturers, distributors and dealers, the sport world, advertisers, etc.) within a process of change;

Diabetic patients must be managed by means of continuous healthcare that can be achieved through the use of new care models such as disease management, case management and the chronic care model, which can be termed organised, integrated, proactive, population-centred “integrated management” practices, focussing on an informed patient trained to play an active role in the management of his/her disease. Through common care pathways, Integrated Management currently acts as a prototype organisational model, aimed at improving healthcare and preventing complications. The National Centre for the Prevention and Control of Disease (CCM) IGEA (Management and Healthcare Integration) project, run jointly by the National Institute for Health (ISS) and the National Centre for Epidemiology, Surveillance and the Promotion of Health (CNE-SPS), has taken on the role of developing instruments that are useful for the implementation of the Integrated Management of the diabetic patient, by performing initiatives and actions aimed at promoting improvements in the care provided to people with diabetes and the prevention of the disease’s complications.

2.4. Respiratory diseases

After cardiovascular diseases and cancer, respiratory diseases represent the third cause of death in Italy and it is estimated that, due to the presence of an ageing population, the prevalence of these diseases is set to rise.

Respiratory diseases are fought primarily through projects aimed at both primary (by reducing smoking and the pollutants present in living and work places) and secondary prevention. Another important role is played by the information provided to patients and their families, who need to be