



## Presentazione

“ **L**a salute non è solo un valore di per sé ma è anche un driver per la crescita. Solo una popolazione sana può consentire il raggiungimento del pieno potenziale economico del proprio Paese”. Questo l’incipit del documento del terzo Programma europeo “Health for Growth” (2014-2020), che, confermando la centralità che nell’ultimo decennio salute e sanità hanno avuto nell’agenda della Commissione Europea e dei Governi degli Stati membri, ribadisce: l’importanza del settore salute per lo sviluppo economico e sociale di un Paese, la necessità di sviluppare modelli innovativi e sostenibili di sistemi sanitari, l’importanza di focalizzare l’attenzione sulla prevenzione.

Di fronte a queste sollecitazioni, lo scenario italiano presenta un quadro complesso, sotto l’aspetto sia economico-finanziario sia clinico-assistenziale, che richiede sforzi notevoli.

Dal punto di vista economico-finanziario il sistema risente della crisi, della contrazione delle risorse disponibili, di stringenti vincoli di finanza pubblica con tagli alla spesa e riduzione del finanziamento, di una spesa sanitaria pubblica pro capite inferiore rispetto alle principali economie europee, con un conseguente sottofinanziamento.

Dal punto di vista clinico-assistenziale, sul fronte della domanda, si assiste a un’evoluzione epidemiologica con invecchiamento della popolazione e aumento delle cronicità; sul fronte dell’offerta, l’evoluzione della medicina e il progresso scientifico implicano sempre più l’impiego di avanzate tecnologie sanitarie, terapie personalizzate, farmaci evoluti. Entrambi i fattori suddetti richiedono investimenti elevati e hanno a loro volta ripercussioni economiche sul sistema.

Per affrontare al meglio il contesto delineato si impone un potenziamento dell’intero sistema di governance della sanità che si sostanzia nella cooperazione tra Ministero della salute, Ministero dell’economia e delle finanze e Regioni. Un sistema sanitario sostenibile è raggiungibile, infatti, attraverso l’azione congiunta non solo degli operatori sanitari, ma di tutti i soggetti sociali e istituzionali, profit e non profit, di tutti gli attori che nel loro insieme costituiscono valore per il sistema Paese.

Gli attori coinvolti a vario titolo in questa gestione dovranno percorrere alcune direttive chiave per lo sviluppo del sistema, quali un’ottimizzazione delle risorse e dell’assetto organizzativo, anche con un ripensamento del ruolo e dell’integrazione di pubblico e privato, un rafforzamento della sanità integrativa, un rilancio delle eccellenze del Paese anche nell’ottica delle cure trasfrontaliere, un reinvestimento costante in sanità di quanto ricavato dalla revisione della spesa.

È necessario, in particolare, che la ricerca sanitaria sia considerata come un vero e proprio investimento. È la ricerca sanitaria, infatti, che ha consentito la conversione da “mortali” a “guaribili” di alcune patologie, garantendo un miglioramento dell’outcome degli assistiti e, al contempo, una forte riduzione della spesa a carico del SSN. È necessario selezionare le migliori proposte di ricerca, ma anche definire le priorità più utili alla gestione delle aree di incertezza negli interventi sanitari.

La ricerca deve essere l’architrave su cui si deve poggiare il SSN e deve consentire in primis: il trasferimento in tempi rapidi dei risultati delle ricerche alla pratica clinica e all’assistenza sanitaria; l’appropriatezza delle cure e l’esigenza di servizi efficienti facilmente accessibili e

*cioè per rispettare l'equità; l'eticità della ricerca e la capacità di comunicare la "scienza" ai cittadini.*

*Il Ministero della salute, in ottemperanza alle sue funzioni, finanzia e sostiene la ricerca traslazionale che parte dal laboratorio e obbligatoriamente raggiunge il paziente. È una ricerca per la persona, non una ricerca per l'incremento generico della conoscenza e, pertanto, diretta a soddisfare il bisogno di salute del cittadino.*

*Bisogno di salute che, come evidenziato nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è qualcosa di molto più ampio e globale dell'assenza di malattia o di infermità, è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e il possesso del miglior stato di salute raggiungibile costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano.*

*La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese mostra che molto lavoro è stato fatto in questi anni per garantire questo diritto alla collettività.*

*Nel 2012, l'Italia si è posizionata ai primi posti nella graduatoria europea della speranza di vita alla nascita (79,6 anni per gli uomini e 84,4 per le donne), molte posizioni al di sopra della media europea. La vita media sopra i 65 anni rimane in Italia tra le più elevate d'Europa e nel 2011 ha raggiunto nelle donne i 22,6 anni rispetto ai 18,8 anni negli uomini.*

*La riduzione della mortalità per malattie del sistema circolatorio e per tumori maligni, che insieme costituiscono oltre il 70% delle cause di decesso in Italia, ha permesso di aumentare la vita media di 2,1 anni in entrambi i generi.*

*Molti progressi hanno favorito il miglioramento delle condizioni e le prospettive di vita, nonché il benessere di un sempre più ampio bacino di pazienti in diversi ambiti fondamentali descritti nella Relazione.*

### **Evoluzione della domanda di salute**

*Tumori e Programmi di screening per la prevenzione. Il tumore rappresenta una malattia socialmente importante, come mostrano le cifre presentate dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), che riportano la scoperta di circa 1.000 nuovi casi di cancro al giorno, ovvero 366.000 nuove diagnosi di tumore nel corso dell'anno, 200.000 (55%) tra gli uomini e circa 166.000 (45%) tra le donne. In Italia nel 2013 è stato stimato che circa 340.000 uomini abbiano avuto nel corso della propria vita una diagnosi di cancro prostatico, più di 660.000 donne una diagnosi di tumore al seno e più di 390.000 persone un tumore colorettale.*

*Quasi il 70% dei tumori, però, potrebbe essere prevenuto o diagnosticato in tempo se tutti adottassero stili di vita corretti e aderissero ai protocolli di screening e diagnosi precoce.*

*Negli ultimi anni sono comunque complessivamente migliorate le percentuali di guarigione: il 63% delle donne e il 55% degli uomini sono vivi a 5 anni dalla diagnosi grazie soprattutto alla maggiore adesione alle campagne di screening, che consentono di individuare la malattia in uno stadio iniziale, e alla maggiore efficacia delle terapie.*

*La prevenzione oncologica, infatti, è una delle priorità del "Piano Nazionale della Prevenzione".*

*Negli ultimi anni in Italia stiamo assistendo a una crescente diffusione dei programmi di screening oncologici (screening dei tumori del collo dell'utero e della mammella, screening dei tumori del colon-retto) grazie allo sforzo compiuto sinergicamente dal Ministero della salute, dal Centro Controllo Malattie (CCM), dalle Regioni e dall'Osservatorio Nazionale Screening.*

*Il Ministero della salute ha inoltre emanato le "Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto" che individuano programmi di screening da attuare sul territorio nazionale. Il Piano Nazionale della Prevenzione e programmi di screening hanno fatto raggiungere risultati rilevanti, ma persistono forti*

*differenze territoriali e anche disuguaglianze sociali. Nel Sud Italia, infatti, oltre il 60% delle donne, nella popolazione obiettivo, risulta ancora privo di offerta di mammografia all'interno di programmi organizzati.*

**La tutela della salute delle donne.** La tutela e la promozione della salute delle donne sono oggetto di diversi interventi, in quanto considerate un importante investimento per il miglioramento dello stato di salute del Paese e i suoi indicatori rappresentano una misura della qualità, dell'efficacia ed equità del nostro sistema sanitario. La salute della donna ha particolare rilevanza per il SSN. Continua a salire l'età media delle donne che si sottopongono a cicli di procreazione medicalmente assistita (PMA) e l'età avanzata della donna risulta essere un fattore associato a un rischio di aborto spontaneo più elevato. Le pressioni psicofisiche allertano a osservare come la salute della donna sia interessata da patologie psichiche prevalenti tra le donne di età compresa tra i 15 e i 44 anni. Altro fenomeno rilevante a livello sanitario è la violenza contro le donne (sia sessuale sia fisica, psicologica, economica) a causa delle conseguenze immediate legate alle lesioni fisiche e a causa degli effetti secondari. Occorre sviluppare interventi orientati sull'analisi della violenza come fattore di rischio in molte patologie inesorabilmente in aumento che si evidenziano nella popolazione femminile.

**Le malattie rare.** Altra priorità di sanità pubblica a livello europeo e oggetto di particolare attenzione nel nostro Paese sono le malattie rare. In linea con le azioni già realizzate, nel mese di ottobre 2014 è stato approvato, in sede di Conferenza Stato-Regioni, il Piano Nazionale delle Malattie Rare a valenza triennale (2013-2016) che definisce un approccio organico alla materia prevedendo certezze nei percorsi di intervento e cura, uniformità sul territorio nazionale e finanziamento degli interventi grazie a efficienze generate in materia di appropriatezza sanitaria degli interventi su alcune patologie.

**Promozione degli stili di vita salutari e qualità della vita.** Gli stili di vita non salutari (abuso di alcol, tabagismo, alimentazione scorretta e sedentarietà) rappresentano, direttamente o indirettamente, le principali cause di mortalità e morbilità prevenibile. Il Piano d'azione globale dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili per gli anni 2013-2020 evidenzia quattro fattori condivisi di rischio comportamentale: consumo di tabacco, dieta non sana, inattività fisica e consumo dannoso di alcol.

La comunicazione per promuovere gli stili di vita salutari è, dunque, prioritaria e strategica. In tale ambito, nel biennio 2012-2013, è stata concentrata la comunicazione istituzionale sul contrasto alla sedentarietà e all'abuso di alcol.

Il Ministero della salute ha promosso progetti che hanno consentito alle Regioni di sperimentare modelli di intervento e programmi di comunità per la prevenzione e la cura del tabagismo e, nell'ambito dei Piani Regionali della Prevenzione, sedici Regioni hanno programmato interventi in diversi contesti, tra cui la scuola, i servizi sanitari – quali consultori, punti nascita, servizi vaccinali –, i luoghi di lavoro, favorendo anche la definizione di percorsi integrati, per la gestione del paziente con patologie fumo-correlate e per il sostegno alla disassuefazione.

**Ambiente e salute.** Negli ultimi anni sono stati effettuati diversi studi con l'obiettivo di comprendere la relazione tra contaminazione ambientale e stato di salute della popolazione residente in sintonia con gli obiettivi previsti dalla Strategia Europea Ambiente e Salute e le raccomandazioni dell'OMS.

Il Ministero della salute ha avviato nel 2011 un piano di monitoraggio al fine di acquisire, su base nazionale, elementi conoscitivi sulla presenza e sulla diffusione dei contaminanti negli alimenti di origine animale nei SIN (Siti di Interesse Nazionale) che possono generare patologie nella popolazione residente nei SIN (alcuni contaminanti, come diossine, PCB

diossina-simili, sono classificati dalla IARC nel gruppo 1 “cancerogene per l'uomo”). Per monitorare lo stato di salute della popolazione residente nei SIN l'Istituto superiore di sanità ha realizzato il Progetto SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e Insegnamenti Esposti a Rischio da Inquinamento).

Per fronteggiare emergenze ambientali e industriali e favorire lo sviluppo delle aree interessate da tali emergenze il 6 febbraio 2014 è stato disposto e approvato un provvedimento che ha convertito in legge (legge n. 6) il decreto legge n. 136 del 10 dicembre 2013 che disciplina disposizioni urgenti in tal senso. Tale norma, in particolare, ha individuato specifiche disposizioni in materia di tutela della salute e di azioni di monitoraggio sanitario nei territori delle Regioni Campania e Puglia.

### **Evoluzione dell'offerta di salute**

**Cure primarie.** Le azioni programmate in materia di salute per il biennio 2012-2013 hanno dato seguito a quanto sancito dalla legge n. 189/2012, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo dell'assistenza primaria attraverso l'istituzione di forme aggregative mono-professionali e multi-professionali tra medici di medicina generale in tutte le loro funzioni, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie presenti sul territorio.

Al fine di potenziare le cure primarie e la continuità assistenziale, nel corso del biennio sono stati elaborati da 15 Regioni 43 progetti finalizzati alla riqualificazione dell'assistenza territoriale attraverso l'implementazione di differenti modelli organizzativi: 123 Case della Salute, 42 Presidi Territoriali di Assistenza, 34 Unità Territoriali di Assistenza Primaria e 175 Aggregazioni Funzionali Territoriali. Inoltre, 6 Regioni su 15, pari al 40%, hanno previsto l'individuazione di modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria H24 e consentire la riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza.

**Reti ospedaliere.** La contrazione di risorse destinate al Servizio sanitario nazionale ha imposto un processo di razionalizzazione delle reti ospedaliere e specialistiche che preservasce al tempo stesso i principi di appropriatezza e qualità dell'offerta e che garantisse l'efficienza gestionale e la congruità dimensionale.

La riorganizzazione della rete ospedaliera e la ridefinizione dei nodi della rete di emergenza e accettazione (DEA) hanno favorito negli anni 2012 e 2013 lo sviluppo di un modello organizzativo, con specifico percorso clinico, per i pazienti in situazioni di emergenza cardiologica (SCA), neurovascolare (ictus) e traumatica. L'esito di tali patologie è strettamente dipendente dai tempi e dalle modalità con cui viene svolto l'intervento sanitario. Una risposta tempestiva e appropriata dell'intervento, infatti, deve prevedere un'adeguata integrazione tra il sistema di emergenza-urgenza territoriale e le strutture ospedaliere, con le diverse specialità cliniche, articolate secondo il modello Hub & Spoke. A oggi tutte le Regioni hanno individuato una rete per ciascuna delle cosiddette “patologie tempo-dipendenti”, anche se la loro realizzazione sul territorio nazionale non può definirsi ancora uniforme.

La riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media e del tasso di ospedalizzazione, nonché il progressivo adeguamento agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi della rete ospedaliera, consentiranno che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre in un netto miglioramento del Servizio sanitario nazionale nel suo complesso, nel rispetto delle risorse programmate.

**Cure transfrontaliere.** Il D.Lgs. n. 38/2014 che concerne l'assistenza transfrontaliera sicura e di qualità, ha dato formalmente il via all'espansione delle cure oltre confine, al fine di rafforzare il diritto del paziente a farsi curare in strutture che giudica più adeguate al suo

*caso clinico oppure più vicine al luogo di residenza proprio o dei propri cari o ancora perché, trovandosi questi in una Regione di confine, la struttura sanitaria più vicina è quella dello Stato membro confinante.*

*Sarà assicurato a chiunque il diritto di richiedere e di fruire dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, indipendentemente dalle modalità organizzative e di finanziamento di ogni Stato membro.*

*Tale previsione normativa avrà, oltre agli impatti positivi diretti sul paziente, anche ricadute positive secondarie a livello di Servizio sanitario nazionale su molteplici fronti.*

*In primo luogo il singolo Stato membro potrà beneficiare di vantaggi di costo e di risultato nella ricerca scientifica. Sarà infatti favorita la cooperazione tra Stati membri per fini comuni di efficienza e trasparenza e per lo sviluppo scientifico e tecnologico congiunto, anche attraverso la creazione di European Reference Networks (ERN) tra prestatori di assistenza sanitaria e centri di eccellenza. Sarà creata una rete assistenziale europea con dati ufficiali e documentati che può rispondere alle diverse esigenze dei cittadini. Questo consentirà di evitare duplicazioni nella ricerca e sfruttare le competenze, i risultati raggiunti e le best practice in uso negli altri Stati membri. Un campo di applicazione particolarmente rilevante sarà quello di diagnosi e cura delle malattie rare, con la possibilità di trasferimento dei pazienti affetti da malattie rare in altri Stati, quando lo Stato membro di affiliazione non dispone di cure idonee.*

*In secondo luogo, la Direttiva rappresenta un'opportunità in quanto favorirà un miglioramento costante del Servizio sanitario nazionale, incentivando il rilancio e la valorizzazione delle eccellenze del Paese e la competizione nel contesto europeo per attrarre pazienti e investimenti.*

**eHealth Network.** L'eHealth rappresenta una leva strategica che può contribuire fattivamente a conciliare la qualità del servizio, grazie a un quadro conoscitivo del SSN basato su un patrimonio condiviso di dati e informazioni tempestivo e completo, con il controllo della spesa.

Il Ministero è da tempo promotore, in collaborazione con le Regioni, di molteplici interventi volti allo sviluppo dell'eHealth a livello nazionale, quali i sistemi di Centri Unici di Prenotazione, i Sistemi di Fascicolo Sanitario Elettronico, la dematerializzazione della documentazione clinico-sanitaria, la trasmissione telematica dei certificati di malattia, l'ePrescription, l'infrastruttura di rete per attività libero professionale intramuraria e la telemedicina.

Nel corso del biennio 2012-2013 il Ministero della salute ha, inoltre, proseguito la propria azione di supporto allo sviluppo e alla diffusione della sanità in rete anche a livello comunitario. In attuazione dell'art. 14 "Assistenza sanitaria on line" della Direttiva 2011/24/UE, concernente l'assistenza sanitaria transfrontaliera, è stato istituito nel mese di gennaio 2012 l'eHealth Network. Nel medesimo biennio, inoltre, il Ministero della salute ha anche partecipato attivamente ai progetti Cross-Border Patient Registries Initiative (PARENT) ed eHealth Governance Initiative (eHGI).

Il Ministero della salute ritiene fondamentale proseguire lungo il percorso sinora intrapreso, finalizzato a creare condizioni uniformi sul territorio nazionale per lo sviluppo della sanità in rete, che rappresenta una leva strategica in grado di innescare un processo di cambiamento e di abilitare la messa in atto di modelli, processi e percorsi assistenziali innovativi, necessariamente più efficienti, concretamente incentrati sul cittadino e personalizzati sui suoi bisogni.

## Conclusioni

Con l'obiettivo di rendere il sistema sanitario sostenibile alla luce delle nuove sfide del nostro Paese, quali l'invecchiamento della popolazione, l'ingresso di nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi, la medicina personalizzata, la lotta agli sprechi e alle inefficienze e i

*risparmi da reinvestire in salute, è stata siglata dalla Conferenza Stato-Regioni lo scorso 10 luglio l'Intesa sul nuovo Patto per la Salute 2014-2016. Una parte considerevole di tale Patto è stata tradotta in norme nella legge di stabilità 2015.*

*Il Ministero della salute, nell'ottica di considerare il Servizio sanitario nazionale come un insieme di attori che costituiscono valore per il sistema "Paese", continuerà a lavorare in sinergia e secondo chiari percorsi di interazione con le Regioni, le altre Istituzioni e il mondo del no profit e della sanità privata in un clima di grande collaborazione e senso di responsabilità comune.*

*Gli sviluppi evolutivi del biennio in questione e a cui tende per gli anni a venire il nostro Servizio sanitario nazionale, infatti, ci inducono a considerare la salute non più come una fonte di costo, bensì come un investimento economico e sociale, da portare a compimento attraverso una governance multilivello (nazionale, regionale e aziendale).*

On. BEATRICE LORENZIN  
*Ministro della salute*



## Presentation

**“H**ealth is not just a value in itself; it is also a growth driver. Only a healthy population can achieve the full economic potential of its country”. This is how the document of the third European programme “Health for Growth” (2014-2020) begins, which, in confirming the central role held by health and healthcare in the last ten years as part of the agenda of the European Commission and the Member States’ Governments, stresses: the importance of the health sector in the social and economic development of a country, the need to develop innovative, sustainable models of healthcare systems and the importance of focussing attention on prevention.

Faced with these demands, the Italian context appears as fairly complex, both in economic-financial terms and with regards to clinical-treatment aspects, requiring major efforts to be made.

From an economic-financial standpoint, the system is suffering the crisis, the reduction of available resources, strict restrictions to public finance with budget cuts and funding reductions, a per capita health budget that is smaller than that of the most important European economies, and, consequently, severe under-financing.

As concerns the clinical-treatment side of the matter, on the demand side we are seeing an epidemiological evolution with an ageing population and increased chronic problems; and on the supply side, the evolution of medicine and scientific progress increasingly make use of advanced health technologies, personalised therapies and evolved drugs. Both these factors require major investments and, in turn, have economic fallout on the system.

To better cope with this situation, the entire healthcare governance system needs to be strengthened, taking the form of cooperation between the Ministry of Health, Ministry of the Economy and Finance and Regions. A sustainable health system is effectively within reach through the joint action not only of the healthcare professionals but of all profit and non-profit social and institutional subjects, of all players who together constitute a value for the country system.

All those involved in the various different ways in this management will need to apply and follow some key guidelines to the system’s development. These include the optimisation of resources and the organisational structure, including potentially with a rethink of the role and integration of public and private services, a strengthening of supplementary health, a re-launch of the country’s excellences, also with a view to cross-border treatment and constant re-investment back into health of revenues obtained from the budget review.

More specifically, health research needs to be seen as investment “proper”. Indeed, health research is what has effectively enabled “fatal” to be converted to “curable” for some pathologies, guaranteeing improved outcome for patients and, at the same time, a major reduction to the cost borne by the National Health Service (NHS). The very best research proposals need to be selected, at the same time as defining the priorities most useful to enabling correct management of areas of uncertainty in medical interventions.

Research needs to be the cornerstone on which the NHS is hinged and it must, first and foremost, enable the rapid transfer of research results to clinical practice and healthcare; treatment must be appropriate and the need for efficient, easily-accessed services met in

*respect of fairness; finally, research must be ethical and include the capacity to communicate “science” to the general population.*

*In fulfilment of its duties, the Ministry of Health finances and supports translational research that starts from the laboratory and must reach the patient. It is research for the person, not for the generic increase of knowledge and, as such, aims to satisfy the citizen’s need for health.*

*And this need for health, as highlighted in the Constitution of the World Health Organisation, is something far more extensive and global than the mere absence of disease or sickness; it is a state of complete physical, mental and social well-being and enjoyment of the best possible health that can be achieved is one of the fundamental rights of all human beings.*

*The Report on the Health Status of Country shows that a great deal has been done in recent years to guarantee that the general public can indeed enjoy this right.*

*In 2012, Italy came in first place on the European life expectancy at birth table (79.6 years for men and 84.4 for women), several positions above the European average. Average life over 65 years old in Italy remains amongst the highest of Europe, and in 2011, it reached 22.6 years in women, as compared with 18.8 years in men.*

*The reduction in mortality rates for circulatory system diseases and malignant tumours, which together account for more than 70% of the causes of death in Italy, has successfully increased the average life expectancy by 2.1 years in both genders.*

*A great deal of progress has been made in improving living conditions and life expectancy as well as the well-being of an increasing basin of patients in various different essential areas described in the Report.*

### ***Evolution of the health demand***

***Tumours and Prevention screening programmes.*** Cancer is a socially-important disease, as shown by the figures presented by the Italian Association of Cancer Registries (AIRTUM), which reveal around 1,000 new cases of cancer every day, namely 366,000 new tumours diagnosed during the year, 200,000 (55%) in men and approximately 166,000 (45%) in women. In Italy, in 2013 it was estimated that approximately 340,000 men had been diagnosed with prostate cancer during their lifetime, more than 660,000 women had been diagnosed with breast cancer and more than 390,000 people with bowel cancer.

*Almost 70% of tumours, however, could be prevented or diagnosed in time, if everyone adopted a correct lifestyle and complied with the screening and early diagnosis protocols.*

*In recent years, percentage recoveries have in any case improved: 63% of women and 55% of men are alive 5 years after diagnosis, above all as a result of greater adhesion to screening campaigns that enable the disease to be identified in its early stages and therapy to be more effective.*

*Oncological prevention is, in fact, one of the priorities of the “National Prevention Plan”.*

*In recent years, Italy has seen increasingly widespread oncology screening programmes (screening for cervical and breast cancer, screening for bowel cancer) thanks to the efforts made jointly by the Ministry of Health, the Disease Control Centre (CCM), the Regions and the National Screening Observatory.*

*The Ministry of Health has also issued its “Recommendations for the planning and implementation of the screening of the population for the prevention of breast cancer, cervical cancer and bowel cancer”, which identify screening programmes to be implemented throughout national territory. The National Prevention Plan and screening programmes have yielded important results, but major territorial differences, and some social inequalities, remain. In the south of Italy, in fact, more than 60% of women, in the objective population, still have no mammography offered as part of organised programmes.*

**Protecting women's health.** The protection and promotion of women's health are objectives pursued in various different ways, as they are considered an important investment in improving health in the country and its indicators represent a measurement of the quality, effectiveness and fairness of our health system. Women's health is particularly important for the NHS. The average age of women undergoing medically-assisted reproduction (MAR) cycles continues to rise, and this ageing population of women having children is associated with a higher risk of miscarriage. Psychological and physical pressure show how women's health can be affected by psychological disorders, which are mainly seen in women aged between 15 and 44 years old. Another phenomenon that is important in terms of health is violence against women (both sexual and physical, psychological and economical), as a result of the immediate consequences of physical damage and secondary effects. Interventions need to be developed that are focussed on an analysis of violence as a risk factor in a great many pathologies that are seen to be rising inexorably amongst the female population.

**Rare diseases.** Another public health priority across Europe, and which is a particular concern for our country, are rare diseases. In line with action already taken, October 2014 saw the approval, at the State-Regions Conference, of the three-year (2013-2016) National Rare Disease Plan, which defines an organised approach to the matter, providing for certainties in intervention and treatment, standard treatment throughout national territory and the financing of interventions thanks to efficiencies generated in terms of the medical suitability of interventions on certain pathologies.

**Promotion of a healthy lifestyle and quality of life.** Unhealthy lifestyles (abuse of alcohol, smoking addictions, incorrect diets and a sedentary way of life) are, directly or indirectly, the main causes of preventable mortality and morbidity. The global action plan of the WHO for the prevention and control of non-transmissible diseases for 2013-2020 highlights four shared factors of behavioural risk: tobacco consumption, unhealthy diet, lack of physical activity and damaging consumption of alcohol.

Communication to promote a healthy lifestyle is therefore a strategic priority. Under this scope, during the two years 2012-2013, institutional communication focused on fighting sedentary lifestyles and the abuse of alcohol.

The Ministry of Health has promoted projects enabling the Regions to try out intervention models and community programmes for the prevention and treatment of tobacco addiction and, under the scope of the Regional Prevention Plans, sixteen Regions have planned interventions in different contexts, including the school, health services – advisory points, birth units, vaccination services –, and workplaces, also encouraging the definition of integrated routes for the management of patients with smoking-related pathologies and to support them in stopping smoking.

**Environment and health.** In recent years, various studies have been conducted with the aim of understanding the relationship between environmental contamination and the health of the resident population, in line with the objectives set forth by the European Environment and Health Strategy and the recommendations of the WHO.

In 2011, the Ministry of Health launched a monitoring plan with a view to acquiring nationwide information on the presence and dissemination of contaminants in animal-origin foods in SNIs (Sites of National Interest) that can generate pathologies in the populations residing in these SNIs (some contaminants, such as dioxins, dioxin-like PCBs, are classified by the IARC as group 1 “carcinogenic to humans”). To monitor the health of the population residing in the SNIs, the Istituto Superiore di Sanità [Italian Institute of Health] has developed its SENTIERI Project (a national epidemiological study of territories and settlements exposed to risk of pollution).

*In order to cope with environmental and industrial emergencies and encourage the development of the areas involved by such emergencies, on 6 February 2014, a provision was drafted and approved that converted Decree-Law n. 136 of 10 December 2013 into Law (Law n. 6), regulating urgent provisions in this sense. More specifically, this Law identified specific provisions for the protection of health and health monitoring action to be taken in the territories of the Regions of Campania and Apulia.*

### ***Evolution of the health supply***

***Primary care.*** The action planned for health for the two years 2012-2013 followed on from that sanctioned by Italian Law n. 189/2012 setting our urgent measures to promote the development of primary treatments through the institution of single-professional and multiple-professional aggregations of general practitioners in all their functions, appointed paediatricians, outpatient specialities and other medical professionals working throughout the territory.

In order to strengthen primary and continued treatment, during the two-year period, 15 Regions developed 43 different projects to re-qualify territorial assistance through the implementation of different organisational models: 123 healthcare residences, 42 territorial treatment centres, 34 territorial primary care units and 175 territorial functional groupings. Moreover, 6 out of 15 Regions, namely 40%, have envisaged the identification of organisational methods by which to guarantee healthcare in H24 and enable the reduction of improper use of emergency structures.

***Hospital networks.*** The reduction in the resources allocated to the NHS has required a rationalisation of the hospital and specialised networks that both preserved the standards of suitability and quality of supply and guaranteed managerial efficiency and dimensional suitability.

The reorganisation of the hospital network and the redefinition of the nodes of the accident and emergency (A&E) network have encouraged, in 2012 and 2013, the development of an organisational model with a specific clinical path, for patients undergoing heart-related (ACS), neurovascular (stroke) or trauma-related emergencies. The outcome of these pathologies depends very much on the time and way in which healthcare is provided. A timely, appropriate response must include a suitable integration between the territorial emergency system and the hospital structures, with the different clinical specialities, structured according to the Hub & Spoke model. To date, all Regions have identified a network for each of these time-dependent pathologies, even if their development on national territory cannot yet be considered as standardised.

The reduction in the bed occupancy rate, the average stay in hospital and the hospitalisation rate itself, as well as the progressive adjustment to quality, structural, technological and quantitative standards of the hospital network, will mean that the expected increases to productivity should result in a clear improvement to the NHS as a whole, in respect of the resources planned.

***Cross-border treatment.*** Italian Legislative Decree n. 38/2014, which concerns safe, high quality cross-border treatment, marked the formal start to the expansion of treatment beyond national confines, in order to strengthen the patient's right to be treated in structures he/she considers to be most appropriate for his/her clinical case, or which are closest to the place of residence of his/her nearest and dearest; it also applies where the person in question happens to be in a border Region and the nearest healthcare structure is effectively that of the neighbouring Member State.

*Everyone will be assured the right to request and benefit from cross-border healthcare, regardless of how each Member State is organised and financed.*

*This regulatory provision will not only positively impact the patient directly, but will also have a positive secondary fallout on the NHS in multiple ways.*

*Firstly, the individual Member State will enjoy cost advantages and benefit from the results of scientific research. Cooperation will in fact be encouraged between Member State for shared purposes of efficiency and transparency and for joint scientific and technological development, including through the creation of European Reference Networks (ERNs) between providers of medical treatment and centres of excellence. A European treatment network will be created with official, documented data that can satisfy the different demands of citizens. This will successfully avoid all duplication of research and make best possible use of competences, results achieved and best practices in use in the other Member States. One particularly relevant field of application will be that of the diagnosis and treatment of rare diseases, with the possibility of moving patients suffering from rare diseases to other States when the Member State of affiliation does not have suitable treatments available.*

*Secondly, the Directive is also an opportunity, insofar as it will encourage the constant improvement of the NHS, providing incentive to the re-launch and optimisation of the country's excellences and competition within the European context to attract patients and investments.*

**The eHealth Network.** eHealth is a strategic lever that can make a positive contribution towards conciliating the quality of service, thanks to a framework of knowledge of the NHS based on a shared heritage of data and timely, complete information, with budget control.

For some time now the Ministry has been promoting multiple interventions, in collaboration with the Regions, aimed at developing eHealth nationwide; these include the centralised booking centres, the electronic health file systems, the computerisation of clinical-medical records, the electronic submission of sickness certificates, ePrescriptions, the network infrastructure for professional freelancers within the city and remote medicine.

During the two years 2012-2013, the Ministry of Health has also pursued its support of the development and dissemination of health on the network, also on a Community level. In implementation of Art. 14 "e-Health" of Directive 2011/24/EU on cross-border healthcare, January 2012 saw the institution of the eHealth Network. During the same period, the Ministry of Health also played an active part in the Cross-Border Patient Registries Initiative (PARENT) and eHealth Governance Initiative (eHGI) projects.

The Ministry of Health considers it essential to pursue this route, aimed at creating standardised conditions throughout national territory for the development of healthcare on the internet, which represents a strategic lever able to give rise to a process of change and to enable the implementation of innovative treatment paths, processes and models, which must be more efficient and concretely hinged on the citizen and personalised to suit his needs.

## **Conclusions**

With a view to making the health system sustainable in light of the new challenges of our country, such as the ageing population, the entrance of increasingly effective, but expensive drugs, personalised medicine, the fight against waste and inefficiencies and savings to be re-invested back into health, last 10th July, the Agreement on the new Health Pact for 2014-2016, was signed by the State-Regions Conference. A considerable part of this pact has been translated into the provisions of the 2015 Stability Law.

In order to consider the NHS as a set of players constituting value for the country system, the Ministry of Health will continue to work in synergy and according to clear

*interaction paths with the Regions, the other Institutions and the non-profit world and private healthcare, in a climate of great collaboration and a shared sense of responsibility.*

*The evolutionary development of the two-year period in question, and on which our NHS will in fact be focussing for the years to come, lead us to consider health no longer as a source of cost, but rather as a social and economic investment, to be completed through a form of governance on multiple levels (national, regional and hospital).*

*Hon. BEATRICE LORENZIN  
Minister of Health*



## Prefazione

**L**’aspettativa di vita è costantemente aumentata, negli ultimi decenni, in tutte le società europee. E se l’invecchiamento progressivo della popolazione da un lato rappresenta un importante traguardo raggiunto dalla sanità pubblica, dall’altro ci pone di fronte a sfide altrettanto ambiziose, soprattutto in un contesto di risorse scarse – direbbero gli economisti – come quello nel quale viviamo oggi.

Una società che invecchia impone infatti la necessità di considerare ulteriori interventi di sostegno alle politiche sanitarie e sociali per consentire, per esempio, l’inserimento e la piena integrazione della vasta platea degli anziani nel tessuto sociale, con la convinzione che essi rappresentino una risorsa – anche economica – per le nostre società.

Questa considerazione preliminare esige un forte recupero di efficienza a cui il Servizio sanitario nazionale non può sottrarsi, accrescendo il contrasto alle patologie croniche e il livello di appropriatezza e di sicurezza della cura; investendo nella ricerca; agendo positivamente sugli ambienti di lavoro, accrescendone la sicurezza; aumentando la sicurezza alimentare; solo per citare alcuni esempi.

Inoltre, in una Pubblica Amministrazione rinnovata, è fondamentale puntare su un’effettiva partecipazione dei cittadini all’azione pubblica; sulla piena trasparenza dei processi per il raggiungimento di obiettivi e risultati; su una comunicazione davvero efficace per la costruzione di una governance reale. Tutto ciò va applicato a maggior ragione nel campo della Salute, ove l’informazione ai cittadini ma soprattutto l’educazione ai cittadini – sulla correttezza di stili di vita appropriati – è decisiva sia per il benessere individuale di ciascuno sia per la massima funzionalità dell’intero sistema.

A queste necessità cerca di rispondere il nuovo Patto per la Salute 2014-2016, che rappresenta lo strumento condiviso tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, per la realizzazione di un nuovo sistema di governance della sanità che mira a un generale efficientamento del Servizio sanitario nazionale, nell’ottica dell’appropriatezza. Tutte le previsioni in esso contenute sono state ispirate dai bisogni di salute dei cittadini e, allo stato attuale, costituisce il solo strumento per la costruzione di una sanità più vicina alle persone, una sanità più efficace ed efficiente, sicura, di qualità e competitiva in Europa.

Siamo in una fase storica delicata in cui l’intera Europa sta affrontando una profonda crisi economica che riflette un periodo di limiti di bilancio associato alla necessità di ridurre il deficit su larga scala. Vi è però oggi la possibilità concreta di incidere sui processi, non solo a livello nazionale ma almeno europeo. E sul versante della Salute noi dobbiamo e vogliamo accettare la sfida.

Da un lato aumenta infatti la consapevolezza delle pubbliche opinioni sulla necessità di riforme che le difficoltà delle società moderne impongono. Dall’altro alcuni fatti e accadimenti rendono possibile ripensare e riscrivere l’agenda.

Mi riferisco al Semestre di Presidenza italiana dell’Unione Europea che stiamo vivendo, ma anche al nuovo ciclo di programmazione finanziaria pluriennale dell’Unione Europea che parte nel 2014 e termina nel 2020.

Non dimentichiamo che la salute è anche un importante contributore dell’economia europea sia per la sua rilevanza come “datore di lavoro” sia per il sostegno a una “forza lavoro

*sana”, oltre che alla ricerca e innovazione nelle tecnologie mediche e, quindi, uno stimolo anche per lo sviluppo di alcune PMI.*

*Non è un caso che i temi citati in precedenza e riportati nella “Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2012-2013” siano centrali anche nell’agenda europea.*

*Già nel biennio 2012-2013 il nostro Paese ha contribuito in maniera rilevante all’attività di formazione del diritto comunitario nelle tematiche sanitarie, attraverso una partecipazione sempre qualificata ai tavoli politici e tecnici. Nello stesso periodo si sono registrate una forte crescita e una maturazione positiva delle iniziative di partenariato euro-mediterraneo, anche attraverso il sostegno di numerosi progetti di sanità pubblica. Sono stati intensificati molti rapporti non solo con Paesi dell’area mediterranea (Malta, Tunisia, Libia), ma anche con altri Paesi come la Repubblica Popolare Cinese e la Federazione Russa, stipulando e attuando Accordi bilaterali di collaborazione sanitaria e Memorandum d’Intesa in settori sanitari in cui all’Italia è riconosciuto un ruolo importante.*

*Ritengo pertanto che dobbiamo partire dall’ottimo lavoro svolto finora per fare un salto di qualità. Diventa cruciale valutare le performance dei sistemi sanitari, attuare le riforme per un corretto utilizzo delle risorse pubbliche, ottenere un migliore rapporto qualità-prezzo, se i nostri Paesi vogliono davvero garantire l’accesso universale ai servizi sanitari e l’equità nel campo della Salute, in condizioni di severi vincoli di bilancio.*

*E per farlo, sono convinto che dobbiamo attingere a tutte le risorse disponibili, anche ai Fondi Strutturali europei, che costituiscono una risorsa aggiuntiva importante per contribuire al raggiungimento degli obiettivi delle politiche per la “Salute”.*

*Questi sono alcuni aspetti sui quali stiamo già intensamente lavorando e sui quali concentreremo sempre più la nostra azione di governo.*

Dott. VITO DE FILIPPO  
Sottosegretario di Stato al Ministero della salute