

# **CAMERA DEI DEPUTATI**

---

**Doc. L**  
**n. 3**

## **RELAZIONE**

### **SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE**

**(Anno 2000)**

*(Articolo 8, terzo comma, della legge 23 febbraio 1978, n. 833, e articolo 1, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni)*

**Presentata dal Ministro della sanità**  
**(VERONESI)**

---

**Trasmessa alla Presidenza il 26 aprile 2001**

---

PAGINA BIANCA



*Ministero della Sanità*

**Direzione Generale Studi, Documentazione Sanitaria  
e Comunicazione ai Cittadini**

**La Relazione sullo stato sanitario del Paese è stata redatta dalla Direzione Generale Studi, Documentazione Sanitaria e Comunicazione ai Cittadini, che si è avvalsa della collaborazione di:**

**Comitato tecnico consultivo,**

presieduto da Claudio Calvaruso, Dirigente generale della Direzione Generale Studi, Documentazione Sanitaria e Comunicazione ai Cittadini e composto da: Vittorino Andreoli, Luigi Bazzoli, Giuseppe Benagiano, Lamberto Briziarelli, Roberto Cardea, Gianluigi Cetto, Giuseppe Costa, Claudio De Giuli, Viviana Egidi, Carlo Favaretti, Fosco Foglietta, Alessandro Liberati, Maurizio Marceca, Antonio Mingione, Antonio Moccaldi, Gilberto Muraro, Emanuele Ranci Ortigosa, Anna Piccinini, Remo Siza, Tiziano Vecchiato.

**Comitato di redazione,**

presieduto da Roberto Cardea, Dirigente dell'Ufficio II della Direzione Generale Studi, Documentazione Sanitaria e Comunicazione ai Cittadini e composto da: Rosaria Boldrini, Vittoria Buratta, Alessandra Burgio, Dina Maria Caraffa, Massimo Casciello, Francesco Cicogna, Manuela Cocchi, Susanna Conti, Roberta Cialesi, Annamaria De Martino, Paola Di Martino, Guido Ditta, Gino Farchi, Lidia Gargiulo, Gaetano Guglielmi, Lucia Guidarelli, Antonio Parisi, Franco Pennazza, Anna Piccinini, Sabrina Prati, Anna Prete, Maria Randazzo, Linda Laura Sabbadini, Roberto Satolli, Stefano Signorini, Loredana Vellucci.

**Organizzazione e coordinamento del progetto**

Roberto Cardea

**Redazione e grafica**

Giuseppe Gaudenzi, Walter Landoni, Zadig srl

**Contributi specifici sono stati forniti da:**

Vittorino Andreoli, Anna Maria Bargagli, Paolo Bellisario, Rosaria Boldrini, Isabella Bordogna, Lamberto Briziarelli, Alessandra Burgio, Rina Camporese, Riccardo Capocaccia, Giovanni Caputo, Nunzio Catalano, Gianluigi Cetto, Francesco Cicogna, Marco A. Cimmino, Marta Ciofi degli Atti, Manuela Cocchi, Maria Novella Cordone, Giuseppe Costa, Massimo Costantini, Roberta Cialesi, Licia Da Re, Marina Davoli, Giovanni de Girolamo, Annamaria De Martino, Diana De Ronchi, Paola Di Martino, Roberto Di Natale, Guido Ditta, Pietro Dri, Viviana Egidi, Patrizio Erba, Gino Farchi, Marco Ferrario, Fosco Foglietta, Francesco Forastiere, Antonio Fortino, Michele Gallucci, Lidia Gargiulo, Giuseppe Gaudenzi, Simona Giampaoli, Carlo Giorda, Michele Grandolfo, Roberto Grilli, Gaetano Guglielmi, Lucia Guidarelli, Alessandro Liberati, Stefania Maggi, Natalia Magliocchetti, Maurizio Marceca, Mario Mazzetti di Pietralata, Antonio Mingione, Maria Luisa Moro, Antonio Parisi, Daniela Pasquale, Amina Pasquarella, Carlo A. Perucci, Maurizio Pocchiarini, Riccardo Poli, Sabrina Prati, Anna Prete, Emanuele Ranci Ortigosa, Maria Randazzo, Giovanni Renga, Cristina Rota, Stefania Salmaso, Stefano Signorini, Remo Siza, Teresa Spadea, Angela Spinelli, Franco Toscani, Alberto Tozzi, Diego Vanuzzo, Tiziano Vecchiato, Loredana Vellucci,

**Contributi sono stati forniti anche da:**

Susanna Conti, Paolo De Pieri, Francesca Gallo, Donato Greco, Carlo Grandi, Massimo Marconi, Armando Masucci, Massimo Nesti, Sara Santostefano, Stefano Tersigni, Paolo Vineis

**Hanno inoltre collaborato, con documenti e informazioni:**

Direttori generali del Ministero della Sanità, Agenzia per i servizi sanitari regionali, Comitato per le cure palliative, Commissione anoressia e bulimia nervosa, Commissione tecnico-scientifica per l'elaborazione di proposte di intervento in materia di inquinamento indoor del Dipartimento della prevenzione, CSS, Gruppo di lavoro NEHAP per l'elaborazione del National Environmental Health Action Plan del Dipartimento della prevenzione, ISPESL, ISS, ISTAT

## **Indice**

|                     |             |
|---------------------|-------------|
| <b>PREFAZIONE</b>   | <b>IX</b>   |
| <b>INTRODUZIONE</b> | <b>XIII</b> |

## **I PARTE**

|                                                            |           |
|------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Qualità di vita dei cittadini</b>                       | <b>3</b>  |
| <b>Dinamica demografica e struttura della popolazione</b>  | <b>3</b>  |
| Natimortalità, abortività spontanea, abortività volontaria | 7         |
| <b>Condizioni di vita</b>                                  | <b>11</b> |
| <b>Le risorse della società civile</b>                     | <b>20</b> |
| <b>Dalla tutela sanitaria alla promozione della salute</b> | <b>27</b> |
| <b>La domanda informativa nel campo della salute</b>       | <b>34</b> |

## **II PARTE**

|                                            |            |
|--------------------------------------------|------------|
| <b>Lo stato della salute dei cittadini</b> | <b>41</b>  |
| <b>I determinanti di salute</b>            | <b>41</b>  |
| Comportamenti e stili di vita              | 42         |
| Attività fisica                            | 42         |
| L'abitudine al fumo                        | 46         |
| Il consumo di alcol                        | 52         |
| Nutrizione e abitudini alimentari          | 59         |
| Sovrappeso e obesità                       | 62         |
| Tossicodipendenze                          | 68         |
| Consumo di farmaci                         | 72         |
| Ambiente                                   | 77         |
| Aria                                       | 77         |
| Acqua                                      | 84         |
| Sicurezza alimentare                       | 87         |
| Radiazioni                                 | 94         |
| Rifiuti                                    | 96         |
| Rumore                                     | 98         |
| <b>Salute e malattie</b>                   | <b>102</b> |
| Speranza di vita e mortalità               | 102        |
| Speranza di vita                           | 102        |

|                                                             |            |
|-------------------------------------------------------------|------------|
| Mortalità generale                                          | 103        |
| Mortalità per causa                                         | 109        |
| Qualità della sopravvivenza                                 | 120        |
| Speranza di vita in buona salute                            | 120        |
| Speranza di vita libera da disabilità                       | 122        |
| Le principali patologie in Italia                           | 124        |
| Malattie cardio e cerebrovascolari                          | 124        |
| Tumori                                                      | 130        |
| Malattie infettive                                          | 140        |
| Malattie muscolo scheletriche                               | 151        |
| Malattie neurologiche                                       | 153        |
| Demenze                                                     | 153        |
| Malattia di Creutzfeldt-Jakob                               | 155        |
| Disturbi psichici                                           | 157        |
| Suicidi                                                     | 162        |
| Disturbi del comportamento alimentare                       | 166        |
| Malattie respiratorie                                       | 168        |
| Broncopneumopatia cronico ostruttiva                        | 168        |
| Asma bronchiale                                             | 171        |
| Diabete                                                     | 172        |
| Cause violente                                              | 175        |
| Incidenti domestici                                         | 175        |
| Incidenti sul lavoro                                        | 177        |
| La salute in alcuni gruppi di popolazione                   | 180        |
| Infanzia e adolescenza                                      | 180        |
| La salute delle donne in gravidanza                         | 183        |
| Anziani                                                     | 186        |
| Stranieri immigrati                                         | 191        |
| Disabili                                                    | 198        |
| <b>Le risposte attuali del Servizio sanitario nazionale</b> | <b>204</b> |
| <b>Risorse umane</b>                                        | <b>204</b> |
| Personale                                                   | 204        |
| Formazione                                                  | 206        |
| <b>Risorse strutturali</b>                                  | <b>210</b> |
| Prevenzione                                                 | 210        |
| Sanità pubblica veterinaria                                 | 212        |
| Assistenza distrettuale                                     | 217        |
| Assistenza ospedaliera                                      | 221        |
| Riabilitazione                                              | 228        |
| Assistenza ai soggetti deboli                               | 233        |
| Tossicodipendenza                                           | 233        |
| Salute mentale                                              | 235        |
| Anziani                                                     | 240        |
| Malati al termine della vita                                | 243        |

|                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| Assistenza farmaceutica                                         | 248 |
| Classificazione dei farmaci                                     | 248 |
| Ticket ed esenzioni                                             | 248 |
| La spesa farmaceutica convenzionata                             | 250 |
| <b>Risorse finanziarie</b>                                      | 251 |
| Gestione finanziaria in conto capitale e per programmi speciali | 251 |
| <b>Ricerca e tecnologia</b>                                     | 258 |
| Ricerca sanitaria                                               | 258 |
| Biotecnologie                                                   | 260 |
| Trapianti                                                       | 262 |
| <b>Il tema della qualità nel Servizio sanitario nazionale</b>   | 265 |
| La qualità organizzativo aziendale                              | 266 |
| La qualità relazionale                                          | 269 |
| La qualità tecnico professionale                                | 270 |
| Le linee guida nel servizio sanitario nazionale italiano        | 271 |
| La qualità dell'informazione sanitaria                          | 276 |
| Accreditamento                                                  | 279 |

### III PARTE

|                                                                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Attivare il Piano sanitario nazionale e valutarne l'impatto</b>                                                             | 289 |
| <b>Lo stato della salute in Italia a confronto con gli altri stati europei</b>                                                 | 289 |
| <b>I principali provvedimenti adottati per raggiungere gli obiettivi di piano</b>                                              | 295 |
| <b>La costruzione di un sistema informativo orientato alla comparazione e alla valutazione di obiettivi, processi ed esiti</b> | 305 |
| <b>Le indicazioni della programmazione</b>                                                                                     | 310 |
| <b>I modelli emergenti di programmazione</b>                                                                                   | 310 |
| <b>Disuguaglianze nella salute</b>                                                                                             | 314 |

PAGINA BIANCA



## **Prefazione**

Signor Presidente, Onorevoli Colleghi,

nel presentare la Relazione sullo Stato sanitario del Paese 2000, che chiude il triennio 1998-2000 del Piano sanitario, non mi è difficile constatare la buona qualità del nostro sistema sanitario e i discreti risultati raggiunti, anche in raffronto con altri Paesi europei.

L'Organizzazione mondiale della sanità nel suo ultimo rapporto mondiale ci assegnava, relativamente alla capacità di soddisfare equamente i bisogni di cura dei cittadini, il secondo posto tra tutte le nazioni del mondo; e il primo in Europa nel rapporto tra il livello raggiunto e quello raggiungibile dal sistema sanitario migliore.

Questo ci consente di affermare che l'Italia possiede un'organizzazione sanitaria non solo ben funzionante, ma anche giudiziosa per quanto riguarda l'uso dei finanziamenti.

Indubbiamente ci attendono ancora alcuni obiettivi per migliorare ulteriormente il nostro sistema sanitario. Mi riferisco per esempio alle indicazioni della nuova medicina, quella tecnologicamente più avanzata, incanalata nella rete telematica, che prospetta una realtà alla quale è indispensabile adeguarsi in tempi brevi. Questa medicina è costituita da strutture ospedaliere (istituti di ricerca biomedica, ospedali universitari, ospedali terapeutici) diffuse in numero adeguato (e non eccessivo, come accade ora), architettonicamente moderne, dotate della tecnologia più avanzata, in cui il paziente sosta lo stretto indispensabile per avere cure efficaci ma soprattutto tempestive, senza patire l'ansia di liste di attesa.

Queste strutture terapeutiche dovranno essere circondate da laboratori, centri diagnostici, ambulatori sociosanitari, questi sì in gran numero, capillarmente disposti sul territorio, facilmente raggiungibili dal cittadino, dove egli possa trovare opportunità di diagnosi e di cura, e soprattutto di prevenzione. Sottolineo di prevenzione: proprio questa relazione mette in luce come lo stato sanitario della popolazione in un Paese moderno come l'Italia è largamente influenzato dagli stili di vita e che le più grandi occasioni di migliorarlo vengono dal modificarli se sono sbagliati e dall'intraprenderne altri che siano in grado di evitare o di allontanare il rischio di malattie. In conseguenza di questa territorializzazione dell'assistenza anche i medici di famiglia dovranno dotarsi di strumenti diagnostici ad alta complessità. Inoltre abbiamo presentato il nuovo modello di ospedale a forte componente tecnologica e ad alta qualità alberghiera e relazionale, cercando di integrare queste due esigenze che sono indispensabili per promuovere la salute all'interno delle strutture di ricovero e cura.

Altri passi sono necessari e sono stati definiti nel Piano sanitario 2001-2003 che ho consegnato agli organi istituzionali.

Ma se possiamo dire che il Servizio sanitario italiano ha raggiunto un buon livello di funzionamento, possiamo dire con altrettanta convinzione che il nostro sistema garantisce anche un soddisfacente stato di salute? Cioè quel "ben d'essere" che non consiste soltanto nel vivere in assenza di malattia ma di un equilibrio fatto di molti elementi, a cominciare dalle relazioni di affetto, dai rapporti umani che intratteniamo con gli altri, da ciò che mangiamo, respiriamo, acquistiamo, dalla casa che abitiamo, dalla città in cui viviamo?

Già in occasione della presentazione della Relazione sullo stato sanitario del Paese dello scorso anno avevo sottolineato che la conquista della salute non è più concepibile come un compito riservato unicamente agli operatori della sanità, ma deve diventare terreno su cui si confrontano e collaborano tutti i soggetti sociali e istituzionali. In realtà la domanda di salute è qualcosa di diverso della domanda di sanità.

Se la domanda di sanità è strettamente legata alla richiesta di prestazioni tecnico-professionali valide e garantite a tutti i cittadini, la domanda di salute riguarda i processi esistenziali e la qualità della vita e non può che avere come protagonista la comunità intera che è il luogo in cui trovano senso e concretezza le azioni e il nostro vivere quotidiano.

Basta ripercorrere, del resto, gli indicatori della Relazione, per rendersi conto che accanto ad alcune prestazioni più che apprezzabili sul piano strettamente sanitario - per esempio la maggiore longevità, la minore mortalità per tumori e per infarto, la minore mortalità infantile, la minore mortalità per AIDS, il maggiore controllo delle malattie infettive - emergano situazioni sempre più preoccupanti sul piano della qualità della vita e della salute dei cittadini. Pensiamo solo ad alcuni comportamenti fortemente pericolosi come il fumo e l'abuso di alcol; ai disturbi del comportamento alimentare che sconfinano nella anoressia e nella bulimia, all'obesità e al sovrappeso; alle morti evitabili per infortuni domestici e sul lavoro e per incidenti sulla strada che nascondono spesso cause legate a situazioni di malessere.

L'aumento di fenomeni come la depressione e l'insonnia; la dipendenza dai farmaci; alcuni epifenomeni di grande allarme sociale, come l'aumento dei suicidi, la pedofilia, la violenza all'interno della famiglia rappresentano spie chiare di una qualità di vita precaria.

Sono tutti sintomi di un "cattivo stato di salute" che contrastano con il "buon stato della sanità" e che mi hanno portato a convocare nel dicembre dello scorso anno la prima Conferenza nazionale sulla promozione della salute. Si tratta di un compito arduo ed è per questo che ho invitato gli altri Ministeri a concertare insieme le opportunità di promozione della salute.

Il Ministero della sanità con le sue articolazioni sul territorio può essere solo lo strumento operativo di indirizzo e orientamento. Ma è indispensabile un'azione corale di tutti gli altri Ministeri ciascuno nel proprio ambito di competenza e con le proprie risorse tecniche e scientifiche. Come è anche fondamentale il ruolo delle Regioni e di enti locali radicati nel tessuto sociale del Paese. La strategia verso il raggiungimento di un "buono stato di salute" ha l'obiettivo di restituire a una società civile, dai comportamenti spesso incivili, una natura comunitaria, di ritrovare una sua identità, di bloccare quei meccanismi di esclusione sociale che rischiano di isolare intere generazioni, come i minori, i giovani, gli anziani, dal processo di crescita della comunità. Soffriamo di un vuoto esistenziale che altro non è se non una scarsa qualità di vita e quindi una domanda di salute nella sua definizione essenziale che riguarda lo "star bene con sé stessi e con gli altri" all'interno di una vera comunità.

La Relazione 2000 mi sembra abbia decisamente individuato questo percorso; mantenendo la rigore scientifico dei dati conoscitivi che riguardano i bisogni sanitari dei cittadini e approfondendo la qualità dei servizi del Servizio sanitario con meticolosità e precisione.

Accanto a questi risultati sono stati fatti però passi significativi in direzione della domanda di salute, focalizzando il ruolo dei determinanti non sanitari ed aprendo il vasto terreno della prevenzione e della promozione della salute.

**Umberto Veronesi**  
Ministro della Sanità

## Introduzione

La Relazione del 2000 sullo stato sanitario del Paese che viene presentata in questo volume arriva al termine del triennio di competenza del Piano sanitario nazionale 1998-2000 e affronta il compito di illustrare le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio alla luce degli obiettivi posti da questo documento.

Nell'introdurre la Relazione del 1999 avevamo formulato l'obiettivo di orientare ed estendere il sistema degli indicatori per la descrizione dello stato sanitario della popolazione riferendoci al concetto di salute nel suo senso globale, alla strategia del patto di solidarietà per la promozione della salute e al carattere non statico ma di processo delle risposte ai bisogni di salute.

Il ministro Umberto Veronesi ha esercitato, lungo tutto l'anno 2000, uno stimolo costante e innovativo perché questo obiettivo fosse raggiunto.

In particolare, è stato progettato il percorso "dalla sanità alla salute" che era stato individuato dalla Relazione del 1999 quale logica e naturale conseguenza degli obiettivi del Piano sanitario 1998-2000 tutti orientati alla promozione della salute.

Ispiratori costanti dell'attività del Ministero in questo anno 2000 sono stati infatti la centralità del paziente nell'organizzazione dei servizi sanitari; e, accanto a questo elemento fondamentale, il richiamo all'intera comunità, perché assuma responsabilmente il compito di promuovere la salute attraverso i propri comportamenti e l'espressione di una cultura della solidarietà nei riguardi delle persone in condizione di malattia e di sofferenza. Nella stessa presentazione della relazione 1999 Umberto Veronesi aveva sottolineato l'esigenza di passare dal "welfare state" al "welfare community", da uno stato, cioè, che al vertice della piramide distribuisce assistenza e benessere a una comunità intera che assume in prima persona la responsabilità del proprio "ben d'essere".

La promozione della salute è dunque un obiettivo che può essere raggiunto solo attraverso il coinvolgimento di tutta la comunità e il passaggio "dalla sanità alla salute" può essere simbolicamente indicato come passaggio da una sanità concepita come problema individuale, che riguarda soprattutto la singola persona di fronte all'evento malattia, alla salute come obiettivo dell'insieme dei cittadini, di una comunità che vuole prendere in mano il proprio destino e che si organizza in modo da garantire a ogni cittadino l'espressione piena delle proprie potenzialità fisiche, psichiche e sociali.

Se ripercorriamo alcuni degli eventi sanitari che hannocaratterizzato quest'anno 2000, ritroviamo puntualmente un riferimento alla comunità e all'esigenza di promuovere comportamenti adeguati e finalizzati a una migliore qualità della vita per tutti.

Il 2000 è stato l'anno del "progetto Alzheimer", del "progetto obiettivo salute mentale" e della prima Conferenza nazionale sulla salute mentale, del "progetto obiettivo per le cure palliative", delle linee guida per l'Ospedale senza dolore e di una normativa che abolisce alcune restrizioni nell'uso dei farmaci derivati dall'oppio nei casi di grave sofferenza fisica dei pazienti.

È stato l'anno della battaglia al fumo, dell'approfondimento del disagio giovanile, dell'attenzione ai comportamenti alimentari ai fini della prevenzione di gravi patologie che vanno dall'anoressia e bulimia, all'obesità.

È stato l'anno della prevenzione dei tumori, con una particolare attenzione agli stili alimentari: l'anno della "mucca pazza" e di una rivisitazione di tutti i nostri modelli di produzione alimentare e di abitudini nutrizionali.

È stato l'anno dell'avvio di campagne informative e di modelli di gestione per diffondere una cultura favorevole ai trapianti di organi.

È stato l'anno dei primi prodotti dell'Osservatorio dei farmaci e della divulgazione dei dati delle schede di dimissione ospedaliera: due elementi importanti sul piano conoscitivo ed ai fini della programmazione regionale.

È stato l'anno della formulazione del "progetto obiettivo per la salute degli immigrati" e delle linee guida per gli operatori sanitari e per gli immigrati medesimi per garantire i diritti degli stranieri alle cure sanitarie.

È stato anche l'anno del nuovo "modello di ospedale" messo a punto dalla Commissione Piano, dell'avvio del programma dell'Educazione continua in medicina e dei criteri di accreditamento delle iniziative formative nel campo sociosanitario.

È stato l'anno della Commissione sull'utilizzo delle cellule staminali per finalità terapeutiche, del rilancio della ricerca clinica e sanitaria sulle biotecnologie, sulla BSE e su grandi progetti strategici, come l'integrazione sociosanitaria, la formazione, la salute mentale, gli anziani.

È stato, infine, l'anno della I Conferenza nazionale per la promozione della salute, nella quale il ministro della sanità ha invitato gli altri ministri responsabili dei dicasteri più vicini alla salute a intraprendere strategie di intervento concentrate.

Certo sono tutti eventi e stimoli culturali che devono poi trovare sul territorio il necessario radicamento e l'operatività organizzativa.

D'altra parte, è proprio del Piano sanitario e del ruolo del Ministero questa funzione prevalente di orientamento e di individuazione delle grandi linee di sviluppo da imprimere all'intervento sanitario.

È importante, però, sottolineare che queste grandi linee di evoluzione del Servizio sanitario nazionale e la cultura che è sottostante alla definizione degli scenari futuri prendono lo spunto dai contenuti innovativi del Piano sanitario 1998-2000 e tendono a rendere vincolante in tutte le aree di competenza del sistema sanitario il passaggio "dalla sanità alla salute".

L'attualità e l'importanza di questo cambiamento vengono del resto confermate dal nuovo Piano 2001-2003 che, non a caso, si intitola proprio "dalla sanità alla salute".

È questo un cambiamento culturale ormai radicato, che richiede però tempi lunghi di realizzazione, non foss'altro che per l'esigenza di rivedere e integrare tra loro i modelli organizzativi e gestionali dei diversi livelli decisionali di competenza operanti sul territorio: dai Comuni, alle Province, alle Regioni, sino allo Stato centrale.

Si tratta, inoltre, di approntare nuovi strumenti di misurazione della qualità dei servizi, nuovi indicatori di salute che comprendono la valutazione dei determinanti non sanitari, dati conoscitivi in grado di misurare gli stili di vita, i modelli di comportamento, le capacità dei diversi soggetti d'integrare le proprie risorse e perseguire congiuntamente obiettivi di promozione della salute.

“Una domanda di salute - affermava il ministro Umberto Veronesi nella sua apertura della I Conferenza nazionale per la promozione della salute - che non riguarda solo il mio Ministero, ma ci riguarda tutti come Governo, come Regioni ed enti locali, come istituzioni e come società civile, come semplici cittadini e come persone responsabili nelle nostre famiglie e nei nostri ruoli professionali pubblici e privati”. E proseguiva: “La salute è un bene oltre che un diritto, che potremmo definire rigido, irrinunciabile, sul quale non sono ammesse scorciatoie, non si possono imporre ticket, o dare deleghe al solo buon senso o alle sole forze dei cittadini. È un bene che appartiene a tutta la comunità che tutti, istituzioni e non, abbiamo il dovere di salvaguardare e perfezionare costantemente”.

Sono stati fatti importanti passi in avanti, rispetto alla Relazione 1999, come è facile constatare dalla ricchezza del materiale che presentiamo e da una maggiore solidità dei dati conoscitivi relativi al raggiungimento degli obiettivi del Piano.

Anche il sistema di rilevazione dei dati ha ricevuto un impulso innovativo con l'ultima indagine multiscopo dell'ISTAT, frutto di una stretta collaborazione con il Ministero e decisamente più orientata a una valutazione dei percorsi di salute, dei comportamenti e degli stili di vita.

Occorrono tempi, comunque, necessariamente lunghi per apprezzare gli effetti di un cambiamento così profondo nella cultura sanitaria del Paese; difficoltà di individuazione di nuovi indicatori di salute e di misurazione dei processi complessi che attengono alla promozione della salute; esigenza di una crescita collettiva di tutti gli attori che compongono la comunità per modificare metodologie di lavoro e strategie di intervento che permettano un passaggio al “welfare community”.

Tutto ciò poneva, anche a livello del Servizio studi e documentazione, l'esigenza di dotarsi di nuovi strumenti per realizzare adeguatamente il compito di elaborare annualmente la Relazione sullo stato sanitario del Paese. È in questo contesto, allora, che va collocata l'istituzione presso il Servizio studi di un Osservatorio per la promozione della salute.

È all'interno dell'Osservatorio che si intende, infatti, monitorare questo processo che ci porta dalla sanità alla salute attraverso una verifica sul territorio delle esperienze più significative in atto e dei comportamenti che vanno assumendo i diversi soggetti protagonisti del patto di solidarietà.

Così come è grazie alle future Conferenze nazionali per la promozione della salute che ci auguriamo di poter stimolare una riflessione costante all'interno della comunità sulle implicazioni che l'obiettivo della promozione della salute comporta ai fini della realizzazione di politiche programmatiche sempre più interistituzionali.

Se salute vuol dire benessere fisico, psichico e sociale, promuovere la salute non può non significare incidere profondamente sul nostro sistema di welfare.

Non può sfuggirci, allora, l'importanza fondamentale e insostituibile che assumono le azioni delle persone, dei gruppi sociali e delle generazioni nel raggiungimento dell'obiettivo di una migliore qualità di vita; una qualità di vita che non solo ci tuteli dai rischi di malattia, ma che permetta una piena valorizzazione di tutte le nostre risorse, da quelle fisiche a quelle psicologiche, sociali e ambientali.

Questo significa che per promuovere un nuovo stato sociale dobbiamo partire dai cittadini e sostenerli nell'attuazione di processi e percorsi responsabili di promozione del maggior “ben d'essere”.

Un compito nuovo per le istituzioni che devono trarre dalla potenzialità e dalla domanda

di protagonismo della società civile la propria futura vocazione. Istituzioni «materne» che siano in grado di cogliere le nuove potenzialità della società civile, le orientino positivamente in direzione di un maggior "ben d'essere", restituendo così alla nostra società una vocazione comunitaria, fondata sui valori dell'uguaglianza e della solidarietà sociale.

**Claudio Calvaruso**

Dirigente Generale

Direzione Generale Studi, Documentazione Sanitaria  
e Comunicazione ai Cittadini