



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

01.2019

I Quaderni della Fondazione Farmafactoring

La salute nel ciclo di vita della popolazione:
la salute degli italiani nell'età adulta

Autori

Vincenzo Atella, Federico Belotti, Elio Borgonovi,
Joanna Kopinska, Francesca Lecci e Andrea Piano Mortari

Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring
Vincenzo Atella

Prefazione¹

La protezione sociale di base ai cittadini nel loro ciclo di vita, dalla culla alla tomba, era l'obiettivo principale del sistema di welfare creato nel Regno Unito dopo la seconda guerra mondiale (Beveridge Report, 1942). In un mondo in rapida evoluzione, come quello attuale, un individuo non è più conforme a una sequenza lineare di fasi della vita che riguardano esclusivamente l'età (nascita, istruzione, matrimonio, lavoro, invecchiamento). Al contrario, gli individui sempre più frequentemente seguono cicli che sono spesso influenzati da cambiamenti economici, sociali e spaziali, che a loro volta portano a cambiamenti di carriera e responsabilità, richiedendo, quindi, una totale riprogrammazione della vita e delle aspettative. La gestione di questi fenomeni rappresenta sicuramente una delle sfide più importanti che l'Italia deve affrontare visti i risvolti politici, sociali e sanitari che essa impone.

Nel percorso di studio triennale avviato dalla Fondazione, dopo aver analizzato tali fenomeni nella popolazione anziana e in quella dei minori, l'ultimo anno del progetto è focalizzato sull'età adulta, ovvero quel lungo arco di tempo che va dai 18 fino ai 65 anni (che spesso coincide con il pensionamento). Un lungo periodo caratterizzato da diversi eventi, che sono responsabili di molti dei cambiamenti sopra ricordati.

La ricerca si propone di analizzare le polarità e le sfide tra "tentazioni e paure", tra "conflitti e controlli" o tra "desideri e sacrifici". In estrema sintesi, tentazioni, conflitti e desideri sono oggi molto più pressanti di un tempo e generano paure, ansia di controllo, spinte al sacrificio che fanno emergere tutta una serie di bisogni, con risvolti di salute importanti, rispetto ai quali il SSN non sempre è attrezzato per dare risposte. Si pensi alla chirurgia estetica, alle problematiche legate all'impotenza, al boom della nutraceutica, al diffondersi delle intolleranze e delle allergie, alla ludopatia, all'uso di sostanze che creano dipendenza. Tentazioni, conflitti e desideri spesso alterano gli stili di vita degli individui, generando effetti negativi sullo stato di salute della popolazione adulta e contribuendo ad aumentare la spesa sanitaria e, quindi, a minare la sostenibilità del sistema. Inoltre, più che nelle altre fasce d'età, nell'età adulta un ruolo importante è quello del genere. Anche a causa dei rilevanti cambiamenti nella struttura della famiglia e nel mercato del lavoro, le donne hanno maggiormente modificato le modalità con cui si rapportano con il proprio corpo e con la salute, adottando comportamenti e stili di vita di rottura rispetto solo a qualche decennio fa.

Su questo fronte, recenti ricerche epidemiologiche nazionali e internazionali mostrano come, a dispetto di un generalizzato aumento dell'aspettativa di vita, sia sempre più evidente il problema dell'anticipazione dell'insorgere di alcune patologie croniche, quali diabete, patologie cardiovascolari, problemi respiratori e problemi di salute mentale, con conseguenti ripercussioni sia sul sistema sanitario (presa in carico), sia su quello economico (riduzione della produttività). A contribuire a questo stato di cose ha influito non poco la recente crisi

¹ Alla redazione della presente sezione hanno contribuito Vincenzo Atella, Federico Belotti, Joanna Kopinska e Andrea Piano Mortari. Tutti i dati riportati in questa versione preliminare del Rapporto si basano su informazioni disponibili alla data del 30 settembre 2018, quando le analisi che lo compongono sono state completate.

economica iniziata nel 2007 che si è aggiunta come un ulteriore fattore di complessità nel quadro delle polarità.

La conoscenza di questi fenomeni è di fondamentale importanza per i policy maker, poiché in futuro la generazione adulta potrebbe avere uno stato di salute peggiore di quello oggi sperimentato dalla attuale silver generation. Molte regioni e aziende sanitarie hanno percepito queste dinamiche e hanno attivato, purtroppo in ordine sparso, interventi di presa in carico della cronicità alla luce delle nuove evidenze. L'organizzazione e la gestione di questi fenomeni, e il loro monitoraggio, rappresenteranno una delle più importanti sfide delle politiche sociali e sanitarie in Italia. Le analisi condotte in questo Rapporto sono mirate a comprendere se e fino a che punto il sistema riesce (e riuscirà) a farsi carico in maniera completa e appropriata dei bisogni sanitari espressi da questa generazione di adulti. Una generazione che nei prossimi anni potrebbe transitare nella silver generation con uno stato di salute peggiore di quello dell'attuale.

Fornire un quadro più chiaro su questi problemi è il tema affrontato nel terzo anno del progetto di ricerca triennale "La salute nel ciclo di vita della popolazione: dinamiche in atto e prospettive future" della Fondazione Farmafactoring, focalizzato sull'evoluzione dello stato di salute della popolazione adulta (18-65) e sulla reale capacità del sistema sanitario di farsi carico dei bisogni che saranno espressi, provando a disegnare una serie di possibili scenari futuri rispetto ai quali valutare le politiche sanitarie e sociali.

Indice

Parte 1	6
Introduzione	7
1.1 Invecchiamento e crisi economica: effetti sullo stato di salute	8
1.2 Gli italiani adulti: chi sono e quanto contano	11
1.3 Le determinanti dell'evoluzione dello stato di salute	13
1.4 L'evoluzione dei fattori di rischio	16
1.4.1 Sostanze stupefacenti	16
1.4.2 Inattività fisica negli adulti	18
1.4.3 Consumo di alcool	21
1.4.4 Fumo	22
1.4.5 Sovrappeso e obesità	24
1.4.6 Ludopatia	25
1.4.7 Il gradiente socio-economico nei fattori di rischio	26
1.5 L'evoluzione delle condizioni socio-economiche	28
1.6 L'evoluzione delle condizioni di salute	29
Conclusioni	31
Parte 2	32
Introduzione	33
2.1 Obiettivi e metodologia del lavoro	34
2.2 Lo stato dell'arte della normativa nazionale e regionale	36
2.3 Gli strumenti di governo clinico nelle aziende sanitarie pubbliche italiane: evidenze a partire da una survey elettronica	38
2.3.1 I principali strumenti introdotti	38
2.3.2 I contenuti degli strumenti di governo clinico	41
2.3.3 I professionisti coinvolti	43
2.3.4 Meccanismi per rafforzare l'efficacia e il percepito delle aziende sull'efficacia attuale degli strumenti di governo clinico	45
Conclusioni	47
Bibliografia	48

Parte 1.

Le determinanti
della salute
nell'età adulta

Introduzione

Uno dei più importanti obiettivi raggiunti nell'era moderna dal genere umano è la costante riduzione nel tempo dei tassi di mortalità a livello planetario. Sfortunatamente, questo trend è stato recentemente messo in discussione da Case e Deaton (2015), che hanno raccolto prove in favore di un'inversione di tendenza a partire dagli anni '90, causata dall'aumento della mortalità tra la popolazione adulta americana di razza bianca non-ispánica. Le ragioni di tale nuovo trend sono dovute in parte a decessi causati da malattie del fegato, droghe, alcol e suicidi e in parte ad un rallentamento nella prevenzione della mortalità da malattie cardiache e cancro. Prove simili sono state trovate anche per diversi paesi europei (Atella e altri (2017), Hulsegge et al. (2013)) e asiatici (Hu et al. (2014) e Li et al. (2017)).

Sebbene rilevante dal punto di vista epidemiologico ed economico, l'inversione dell'andamento del tasso di mortalità rappresenta solo la punta di un iceberg rispetto ai trend in crescita delle prevalenze delle principali malattie croniche che molti paesi stanno attualmente vivendo. Infatti, la mortalità rappresenta solo l'effetto più grave di una vasta gamma di problemi di salute di cui gli individui potrebbero soffrire prima di morire. Mentre le informazioni sullo sviluppo dei fattori di rischio metabolici sono disponibili per le popolazioni adulte, poca attenzione è stata rivolta al fatto che all'interno della "popolazione adulta" vi siano individui di età compresa tra il 18 e i 35 anni ("più giovani") e individui di età compresa tra i 50 e i 65 anni ("più anziani"), con marcate differenze nell'andamento della morbilità.

Basandoci su tali evidenze, l'obiettivo di questa ricerca è di analizzare le tendenze di mortalità e morbilità in Italia e nell'UE nell'ambito di un approccio basato sul ciclo di vita.

Il trend di crescita dell'aspettativa di vita sembra essersi fermato.

1.1 Invecchiamento e crisi economica: effetti sullo stato di salute

L'impatto dell'invecchiamento della popolazione rappresenta una crescente preoccupazione in Europa. Secondo le tendenze demografiche a lungo termine della Commissione europea, l'Europa diventerà "sempre più grigia" nei prossimi decenni (CE, 2015). Le ultime proiezioni ufficiali dell'UE mostrano che il rapporto di dipendenza demografica della popolazione dell'UE aumenterà dal 27,8% al 50,1% nel 2060, passando da 4 a 2 persone in età lavorativa per ogni persona di età pari o superiore a 65 anni (EC, 2015).

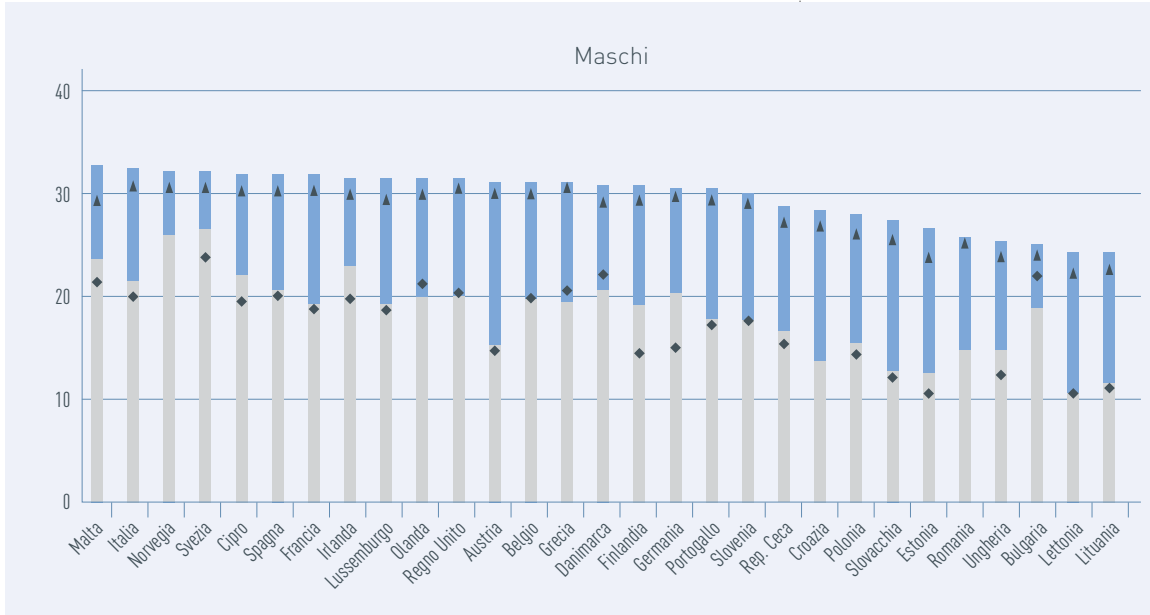
Dalla fine della seconda guerra mondiale, lo sviluppo economico ha contribuito ad estendere le LE alla nascita in Europa e ad attenuare il divario tra maschi e femmine (Atella et al., 2017b; Mathers, 2015; OCSE, 2016). Come discusso da Cutler et al. (2016), diversi studi dimostrano che anche l'aspettativa di vita in buona salute misurata come assenza di disabilità è aumentata. Tuttavia, quando l'aspettativa di vita in buona salute viene misurata considerando l'assenza di malattie croniche, la letteratura raggiunge una conclusione opposta, poiché la prevalenza delle malattie croniche e la percentuale della popolazione con più malattie croniche è aumentata nel tempo (Crimmins e Beltrán, 2011).

Queste prove sono state recentemente contestate, come spiegato in precedenza, dallo studio di Case e Deaton (2015), che dimostra che l'espansione della morbilità sta colpendo non solo gli individui nella fase anziana della loro vita, ma anche i "giovani adulti", che rappresentano un segmento della popolazione fino ad ora favorito da miglioramenti dello stato di salute. Secondo Flegal et al. (2002), i dati dagli Stati Uniti mostrano che le generazioni più recenti stanno peggiorando e allo stesso modo Cutler et al. (2008) mostrano che la prevalenza di ipertensione tra gli uomini di 18-29 anni cresce. Secondo Van Oyen et al. (2013), dal 2003 molti paesi europei hanno sperimentato un calo significativo dell'aspettativa di vita in buona salute. In Italia, Atella et al. (2017a) mostrano l'ipotesi della "Doppia Espansione della Morbilità" (DEM), secondo la quale il periodo di vita che gli individui trascorrono con le malattie è in aumento non solo a causa della maggiore aspettativa di vita, ma anche a causa dell'abbassamento dell'età in cui viene diagnosticata la prima malattia cronica. Dinamiche simili sono state trovate da Ulmer et al. (2007) per l'Austria e da Hulsegge et al. (2013) per i Paesi Bassi.

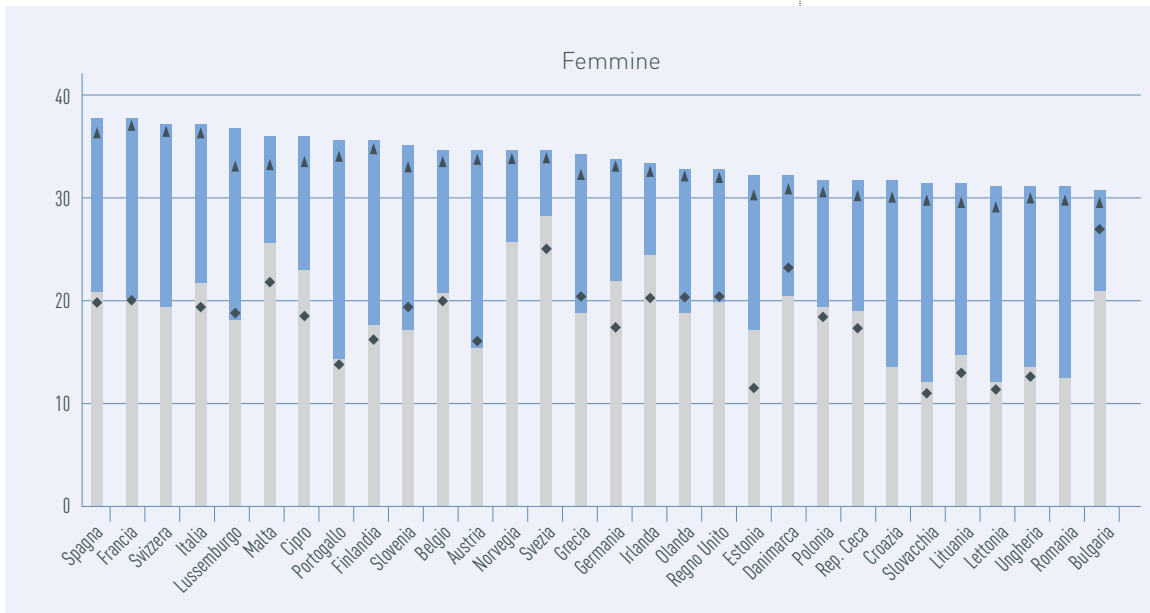
Alla luce di queste evidenze, è opportuno mettere in discussione quali siano i principali fattori di guida e di mitigazione che regolano il meccanismo di tale deterioramento. Inoltre, questo processo potrebbe essere stato addirittura esacerbato dalla lunga crisi economica iniziata nel 2007.

La popolazione europea sta invecchiando sempre di più.

Figura 1. Aspettativa di vita e anni di vita in buona salute a 50 anni.



■ Aspettativa di vita nel 2016 (▲) ■ Anni di vita in buona salute nel 2016
 ▲ Aspettativa di vita nel 2006 ◆ Anni di vita in buona salute nel 2006



Fonte: Nostre elaborazioni su dati EUROSTAT

Su questo fronte l'Eurostat mostra che la prevalenza di problemi di salute e disabilità aumenta con l'età (Eurostat, 2016). In Europa, tra il 2006 e il 2016 l'aspettativa di vita media a 50 anni per uomini e donne è aumentata di circa due anni (Figura 1). Tuttavia, solo il 60% per gli uomini e il 55% per le donne di questi guadagni sono passati in buona salute. Dal lato positivo, i miglioramenti generali nel livello di istruzione, gli standard di vita della popolazione, hanno contribuito a migliorare la salute. Al ribasso, le crescenti disparità di reddito e l'aumento di diversi fattori di rischio come l'obesità stanno contribuendo a diffusi e crescenti problemi di salute e disabilità (Lin et al., 2016; Martin and Schoeni, 2014).

Come riporta L'OCSE, la crescita economica in Italia è stata solo dello 0.7% tra il 2000 ed il 2007, ed è stata in media pressoché stagnante da allora fino ad oggi. Il disagio economico è stato avvertito in un modo significativo in tutti i paesi sviluppati, ma in modo molto eterogeneo, secondo la fascia di età e le condizioni socio-economiche prevalenti in quel momento. Il tasso di disoccupazione in Italia tra il 2007 e il 2013 è raddoppiato, passando da 6.1% al 12.2% (Eurostat, 2016). Contemporaneamente, la recessione economica non è stata controbilanciata dai programmi di assistenza sociale, che non sono stati in grado di fornire un sostegno adeguato a chi ne ha bisogno (Atella et al, 2016).

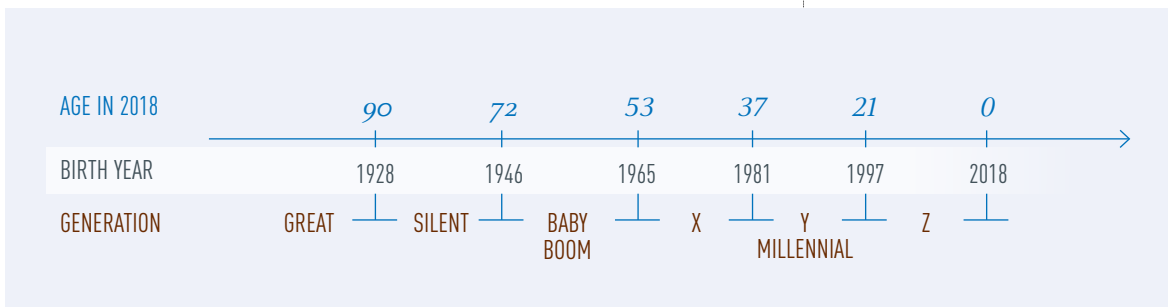
Non sempre a una maggiore aspettativa di vita si associano anni di vita in salute.

1.2 Gli italiani adulti: chi sono e quanto contano

È possibile definire una generazione come un gruppo di persone nate nello stesso periodo e cresciute intorno allo stesso posto. Grazie ai cosiddetti *generation-shaping trends*, le generazioni presentano caratteristiche simili, quali la comunicazione, lo *shopping*, e la motivazione delle preferenze, perché chi vi appartiene ha vissuto *trend* ed esperienze simili approssimativamente nella stessa fase di vita e attraverso canali simili (ad esempio, on-line, TV, cellulari, etc.). Nella *Figura 2* è riportato in modo schematico la classificazione delle generazioni secondo il PEW Research Institute (Pew Research Center, September, 2015).

Nel tempo le generazioni degli italiani sono cambiate e con esse la composizione demografica.

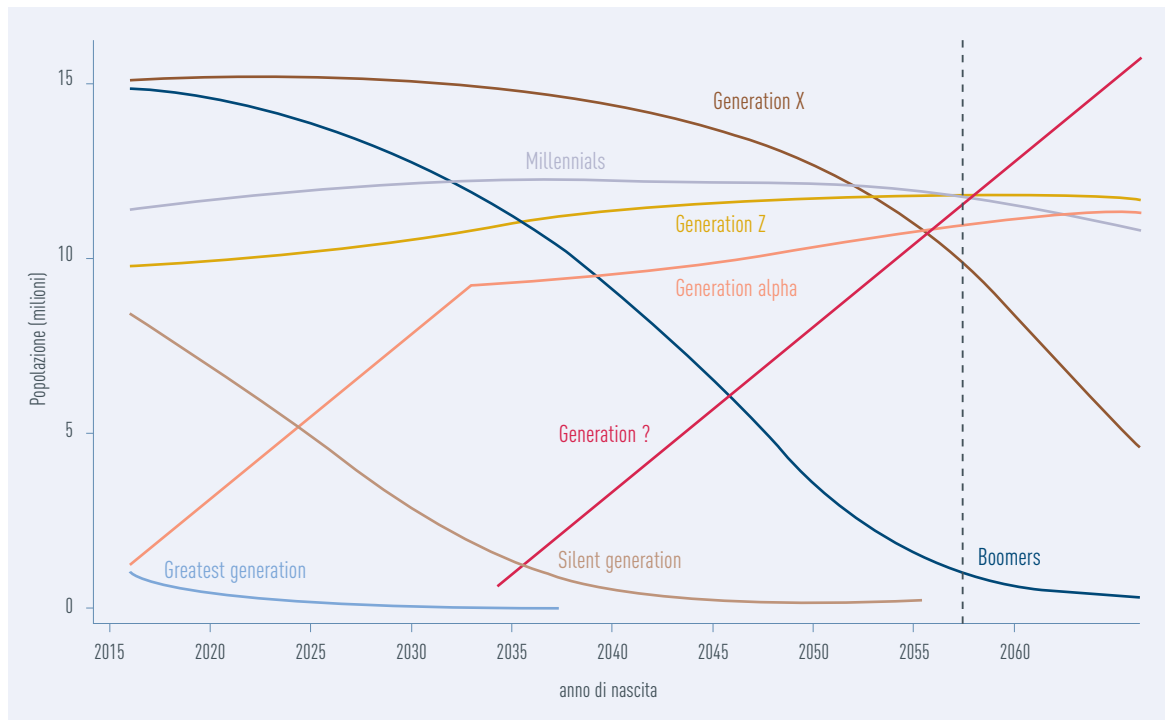
Figura 2. Definizione delle generazioni per età e anno di nascita



Fonte: PEW Research, 2015

Come si può vedere, la generazione vivente più anziana è rappresentata dalla *Greatest generation*, formata dai nati prima del 1928, ovvero individui che nel 2018 hanno superato i 90 anni. A seguire c'è la *Silent generation*, composta da persone nate tra il 1928 e il 1945 (con un'età tra i 73 e i 90 anni nel 2018). I *Baby boomers* sono la generazione di persone nate durante il secondo dopoguerra (cosiddetto periodo del "Baby Boom"), in un arco temporale che va dal 1946 al 1964 (con un'età tra i 54 e i 72 anni nel 2016). La generazione delle coorti nate dopo i *Baby boomers* è descritta come Generazione X, con le nascite registrate tra il 1965 e il 1980 (con un'età tra i 38 e i 53 anni nel 2018). La generazione seguente è quella dei *Millennials*, i nati tra il 1981 e il 1997 (con un'età tra i 21 e i 37 anni nel 2018), descritti anche con il termine Generazione Y. Infine, i successori dei *Millennials* sono definiti come la Generazione Z (nati dal 1998 al 2014) e sono rappresentati da bambini e adolescenti, in molti casi nipoti dei *Baby boomers*. Complessivamente, come è possibile vedere dalla *Figura 3*, la generazione Z raggiungerà il primato in termini di numero di persone sul totale della popolazione nell'anno 2057, superando la generazione dei *Millennials*.

Figura 3. L'evoluzione delle generazioni in Italia dal 2015 al 2066



Fonte: Nostre elaborazioni su dati ISTAT

Storicamente, lo sviluppo demografico in Italia, come in tanti paesi industrializzati, è stato caratterizzato dal forte aumento delle nascite dopo la II guerra mondiale. In Italia fino al 2013 i figli del *baby boom* costituivano la generazione più numerosa nel panorama demografico. Solo nel 2013, quando i primi *Baby boomers* hanno raggiunto l'età di 67 anni, la Generazione X è diventata la più numerosa, raggiungendo la quota di 15 milioni di individui. Questo è successo anche grazie al fenomeno delle immigrazioni, in particolare dal 2004 in poi, quando a causa dell'ingresso nell'Unione Europea di alcuni paesi dell'Est, si è avuto un importante incremento di individui appartenenti alla suddetta generazione. Dal 2009 la generazione dei *Millennials* è la terza in ordine di numerosità, con circa 11 milioni di individui nel 2011. Anche nel caso dei *Millennials*, l'immigrazione gioca un ruolo particolarmente importante nel determinarne la numerosità. Le generazioni differiscono tra loro nella loro visione e approccio alle scelte di vita, come il matrimonio o il lavoro, date diverse circostanze economiche, sociologiche e culturali.

1.3 Le determinanti dell'evoluzione dello stato di salute

Esiste un'ampia letteratura – economica, medica ed epidemiologica – che studia come *shock* di varia natura possono avere effetti eterogenei sullo stato di salute dei singoli individui nelle diverse fasi della vita. Il primo e più importante fenomeno da ricercare è l'aumento del peso corporeo delle popolazioni. Negli USA (King et al. 2010) e in UK (Allman-Farinelli et al. 2008), la generazione delle persone nata subito dopo la guerra (i *baby boomers*), vanta maggiori tassi di obesità rispetto ai coetanei della generazione precedente, con associati maggiori prevalenze delle disabilità e condizioni croniche, come diabete e ipertensione. In Canada (Badley et al., 2015), a parità di età, i *baby boomers* sembrano avere uno stato di salute migliore rispetto a quello dei nati tra il 1965 e il 1980 (*Generazione X*). Un'evidenza simile è descritta da Pilkington et al. (2014) in Australia, dove lo stato di salute *self-reported* tra le due generazioni successive è peggiorato, con i più alti tassi di obesità e diabete, nonostante il maggior grado d'istruzione terziaria e la minore prevalenza del fumo nella generazione più giovane. Inoltre, Lee et al. (2010) mostrano come negli USA, tra il 1976 e il 2006, l'obesità compare nei soggetti sempre più giovani, e che tale anticipazione è responsabile della prematura insorgenza di malattie come diabete e artrite.

Basandosi su dati raccolti da medici di medicina generale, Atella et al. (2015) dimostrano come la relazione tra la spesa sanitaria e l'indice di massa corporea (BMI) sia eterogenea attraverso le classi di età, con differenziali di spesa rispetto alle persone normo-peso più marcati negli individui tra i 45 ed i 65 anni. Inoltre, analizzando i canali attraverso i quali il peso corporeo può influenzare la spesa sanitaria, gli autori evidenziano come tale differenza sia prevalentemente imputabile a patologie come diabete, ipertensione e malattie cardiovascolari.

Inoltre, secondo Cain (2010), prendendo in considerazione le vulnerabilità legate a periodi specifici nella vita, lo stato di salute è fortemente influenzabile dai fattori nutrizionali e ambientali. In termini di rischi legati all'alimentazione, una dieta povera, sia per scarsità che per qualità degli alimenti, aumenta i rischi di un cattivo stato di salute nella vita adulta (Lucas, 1998). Cibi processati, abitudini a saltare i pasti, bevande gassate e zuccherate – con un sempre minore prezzo per kilocaloria consumata – comportano notevoli rischi in termini di prevalenza delle malattie metaboliche, cardiovascolari e tumorali, che a loro volta rappresentano le più importanti cause della mortalità nei paesi sviluppati (Cutler et al., 2003, Drewnowski, 2003). Come sottolineato da Keith et al. (2006), le generazioni nate dopo la guerra sono anche state sottoposte a livelli di stress sempre più elevati, dovuti a repentini cambiamenti socio-economici, mancanza di sonno e altri fattori interferenti con il

Lo stato di salute delle persone può essere influenzato da diverse cause in momenti diversi della vita.

sistema endocrinologico, che potrebbe aver reso più facile lo sviluppo delle malattie metaboliche e, quindi, anche cardiovascolari. In termini di fattori ambientali, l'aumento dell'inquinamento è fortemente legato all'incremento dei problemi respiratori e allergici (SOER, 2015). Inoltre, l'esposizione alla degradazione dell'ambiente nei periodi iniziali di vita aumenta la possibilità di sviluppare problemi come obesità, diabete, malattie cardiovascolari, malattie del sistema nervoso e svariati tipi di cancro, che si manifestano in un'anticipazione delle patologie a livello aggregato (Balbus et al., 2013).

In virtù della correlazione positiva tra lo stato di salute e lo stato dell'economia (Propper, 2005), il recente peggioramento delle condizioni economiche, riducendo l'offerta lavorativa e incrementando la precarietà delle assunzioni, sembrerebbe aver lasciato un forte segno in termini di stato di salute. Dall'inizio della crisi nel 2007, molti lavoratori hanno perso il lavoro e molte famiglie hanno registrato una stagnazione o declino dei livelli di reddito e della ricchezza.

La crisi economica ha posto anche una serie di difficoltà al settore della sanità. Molti paesi dell'OCSE hanno introdotto tagli ai finanziamenti della sanità pubblica o intensificato compartecipazioni dei cittadini alla spesa. In Grecia, il paese particolarmente colpito dalla recente crisi economica, Economou et al. (2011) e Madianos et al. (2011) evidenziano un marcato aumento dei problemi mentali, mentre Stuckler et al. (2011b) trova un legame tra la crisi economica e i suicidi.

Anche lo stato generale di salute auto-dichiarato è deteriorato dall'inizio della crisi e c'è stato un aumento rilevante del numero di persone che hanno ritenuto di aver bisogno di assistenza sanitaria, ma non hanno potuto accedervi (Kentikelenis et al, 2011). In alcuni Paesi il numero di nuovi casi di HIV tra i tossicodipendenti è aumentato drammaticamente, forse causato dalla riduzione delle prestazioni di servizi sanitari (EMCDDA e ECDC, 2011). In Italia, l'ISTAT (2013) aveva evidenziato che a seguito della crisi c'è stato un deterioramento degli indicatori di salute tra le categorie più a rischio (in particolare gli anziani e le famiglie con basso reddito e istruzione). Effetti negativi sono stati rilevati anche da Costa et al. (2012), che nel breve termine trovano "indizi preliminari di un aumento di occorrenza di indicatori sfavorevoli di salute mentale (suicidi, depressione, forme di dipendenza) che potrebbero essere spiegati in particolare dall'aumento dell'insicurezza del posto di lavoro".

Ad esempio, Case e Deaton (2005) hanno chiaramente dimostrato che lo stato di salute peggiora più rapidamente durante gli anni di lavoro per coloro i quali si trovano in fondo alla distribuzione del reddito rispetto a quelli posizionati nella parte alta. A Glasgow, nel Regno Unito, l'aspettativa di vita di uomini nelle zone più svantaggiate è di 54

La crisi economica iniziata nel 2007 ha avuto importanti effetti sulla salute della popolazione italiana.

anni, contro gli 82 anni dei più abbienti (Hanlon et al. 2006). Nel recente studio di JAMA, Chetty et al. (2016) evidenziano la diseguaglianza nella salute in funzione del reddito e ceto sociale negli USA: il gap nell'aspettativa di vita tra l'1% più ricco e l'1% più povero ammonta a 14.6 anni. Inoltre, tale diseguaglianza è cresciuta tra il 2001 e il 2014: le persone nel top 5% della distribuzione del reddito hanno visto un aumento dell'aspettativa di vita di circa 2.5 anni, mentre per il 5% più povero tale differenza è stata pressoché nulla. Risultati simili sono stati ottenuti utilizzando anche altre misure come l'istruzione e la ricchezza, e altri indicatori di salute come, ad esempio, l'insorgenza di malattie croniche, la disabilità e la mortalità (Adler et al, 1994;. Marmot, 1999; Smith, 1999).

1.4 L'evoluzione dei fattori di rischio

1.4.1 Sostanze stupefacenti

Secondo la Relazione Annuale al Parlamento 2017 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, "negli ultimi anni le principali caratteristiche dello scenario nazionale in materia di stupefacenti hanno subito mutamenti radicali, che ci spingono a rileggere anche i fenomeni noti alla luce delle nuove informazioni disponibili." (Dipartimento Politiche Antidroga, 2017, p.VI).

La relazione mette in evidenza che, in termini di quantità, la "cannabis" rappresenta la quota più ampia del mercato nazionale delle sostanze illecite e rappresenta la sostanza psicoattiva più diffusa sia tra la popolazione adulta che tra i giovanissimi. Un secondo importante gruppo di prodotti è rappresentato dai "cannabinoidi sintetici" (conosciuti come "Spice"), che rappresentano il più largo gruppo di sostanze monitorate in Europa dai sistemi di allerta nazionale. A questi prodotti si aggiungono le cosiddette "NPS - New Psychoactive Substances" (che comprendono ad esempio catinoni sintetici, quali il mefredone, ketamine, fenetilamine e oppiacei sintetici). Nonostante la diffusione di nuove sostanze e l'incremento nei consumi, osservato anche fra i giovanissimi, la maggior parte dell'utenza presa in carico per trattamento da parte dei Servizi per le Dipendenze è in cura per uso di eroina ed ha un'età media di 39 anni.

Un dato molto interessante è sicuramente quello che vede il consumo di queste sostanze aumentare tra le donne, nonostante il genere femminile sia caratterizzato da una percezione dei rischi correlati all'uso di sostanze più alta rispetto al genere maschile.

Secondo quanto evidenziato dall'indagine IPSAD®2017 (Figura 4), si stima che in Italia circa una persona su tre (il 33,5%) di età compresa tra i 15 e i 64 anni abbia utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nella vita e circa una persona su 10 (il 10,3%) ne abbia fatto uso nell'ultimo anno. I consumi sono comunque più elevati tra le persone di età compresa tra i 15 ed i 35 anni. Altro aspetto interessante da considerare è che i consumi di sostanze stupefacenti sono aumentati in modo considerevole a partire dal 2010.

L'uso di sostanze stupefacenti è aumentato negli anni soprattutto da parte dei giovani adulti.

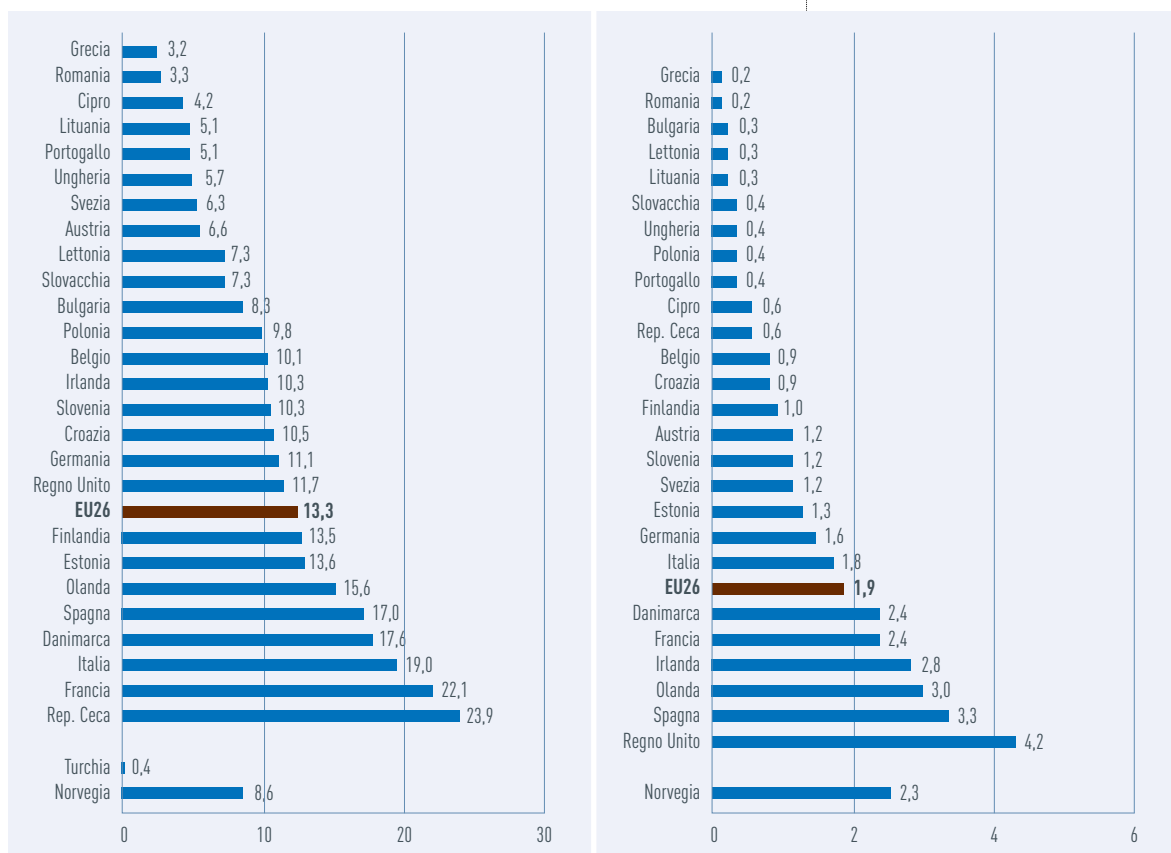
Figura 4. Consumi di sostanze stupefacenti in Italia – (2005 – 2017)



Fonte: Indagine nazionale IPSAD®
(Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs)

Oltre un quarto degli adulti nell'Unione europea tra i 15 ei 64 anni, più di 88 milioni di persone, ha usato droghe illecite in alcuni momenti della propria vita (vedi Figura 5). Nella maggior parte dei casi, hanno usato cannabis, ma alcuni hanno anche usato cocaina, anfetamine, ecstasy e altre droghe (EMCDDA, 2016).

Figura 5. Uso di cannabis e cocaine negli ultimi 12 mesi tra persone di età compresa tra 15 e 34 anni in Europa. (2014 o anno più prossimo)



Source: EMCDDA (2016), European Drug Report 2016: Trends and Developments

1.4.2 Inattività fisica negli adulti

L'inattività fisica rappresenta un importante fattore di rischio per le malattie cardiovascolari, così come una serie di altre malattie croniche tra cui il diabete, alcuni tipi di cancro, l'obesità e l'ipertensione (Knight, 2012). L'OMS raccomanda almeno 150 minuti di attività fisica aerobica di intensità moderata per tutta la settimana per gli adulti di età compresa tra 18 e 64 anni (OMS, 2011).

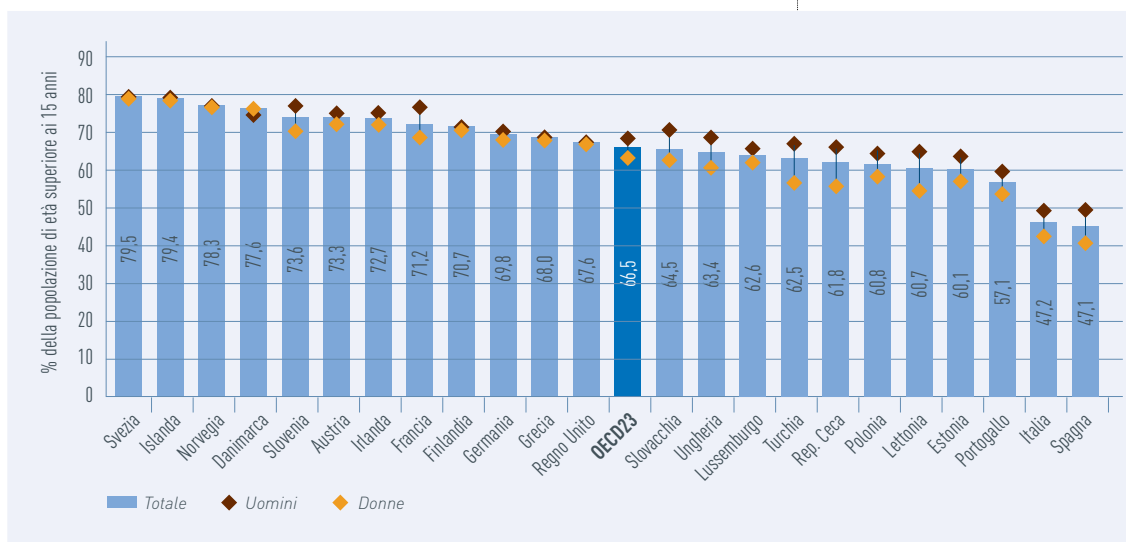
Secondo quanto riportato nel rapporto OCSE sullo stato di salute della popolazione (OECD, 2017), l'attività fisica tra gli adulti varia dal 38% in

Sono molti gli adulti italiani che praticano poca attività fisica.

Romania all'80% in Svezia. Oltre il 70% degli adulti svolge almeno 150 minuti di attività fisica moderata ogni settimana in Austria, Danimarca, Finlandia, Francia, Islanda, Irlanda, Norvegia, Slovenia e Svezia. Al contrario, in Portogallo, Italia e Spagna, meno del 60% rispetta la raccomandazione dell'OMS (Figura 6).

Secondo l'ISTAT, in Italia nel 2015 sono circa 20 milioni 200 mila le persone di 3 anni e più che praticano nel tempo libero uno o più sport, pari al 34,3% della popolazione di tre anni e più, di cui il 24,4% con continuità e il 9,8% saltuariamente. Tuttavia, i sedentari, ovvero coloro che non praticano alcuno sport o attività fisica nel tempo libero, rappresentano il gruppo più consistente (oltre 23 milioni e 50 mila), pari a quasi il 40% della popolazione e aumentano con l'età fino ad arrivare alla metà della popolazione quando si arriva oltre i 65 anni.

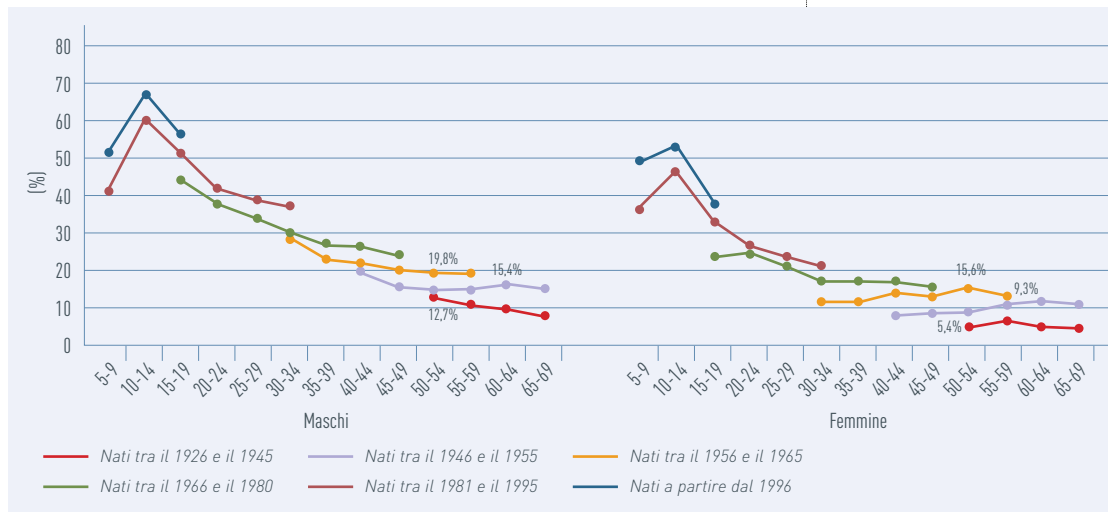
Figura 6. Attività fisica settimanale moderata tra gli adulti, 2014



Source: EMCDDA (2016), European Drug Report 2016: Trends and Developments.

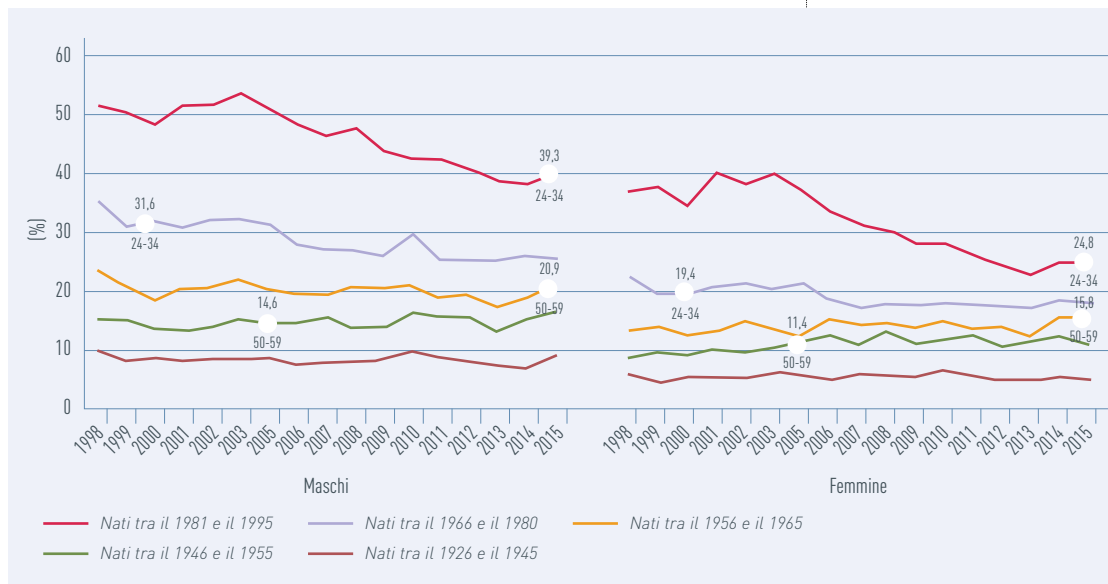
Altro aspetto importante da considerare è che i trend di pratica sportiva tra le generazioni si nota che esiste un aumento fino ai 10-14 anni e, progressivamente, si osserva un calo nelle classi di età successive (Figura 7). In un'ottica di più lungo periodo, la Figura 8 permette di cogliere meglio la dinamica del fenomeno. Infatti, su un arco di tempo di circa 20 anni quello che si osserva è un calo della percentuale di persone nate tra il 1981 ed il 1995 (che nel 2015 hanno tra i 24 e i 34 anni), anche se nel 2000 persone della stessa età praticavano meno attività sportiva (31,6 vs. 39,3% per gli uomini e 19,4 vs. 24,8 per le donne).

Figura 7. Persone di 5 anni e più che praticano sport per genere, classe di età e anno di nascita (per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: ISTAT, Aspetti della vita quotidiana, vari anni.

Figura 8. Persone di 3 anni e più che praticano sport in modo continuativo per sesso e anno di nascita anni 1998-2015



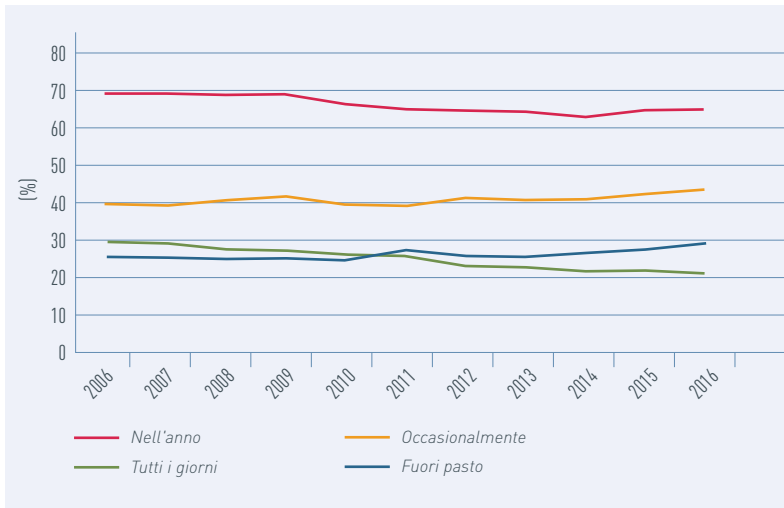
Fonte: ISTAT, Aspetti della vita quotidiana, vari anni.

1.4.3 Consumo di alcool

L'alcol è considerato tra i primi dieci principali fattori di rischio in termini di anni di vita in buona salute persi tra i paesi dell'OCSE (Forouzanfar et al., 2016) e il consumo nei paesi dell'OCSE rimane ben al di sopra della media mondiale (OCSE, 2015).

A causa del sovra-consumo di alcol, nei paesi dell'OCSE nel 2015 si sono registrati circa 2,3 milioni di morti, principalmente per tumori, malattie cardiache e malattie del fegato.

Figura 9. Persone di 11 anni e più per consumo di bevande alcoliche nell'anno, tutti i giorni, occasionalmente e fuori pasto. Anni 2006-2016, per 100 persone di 11 anni e più

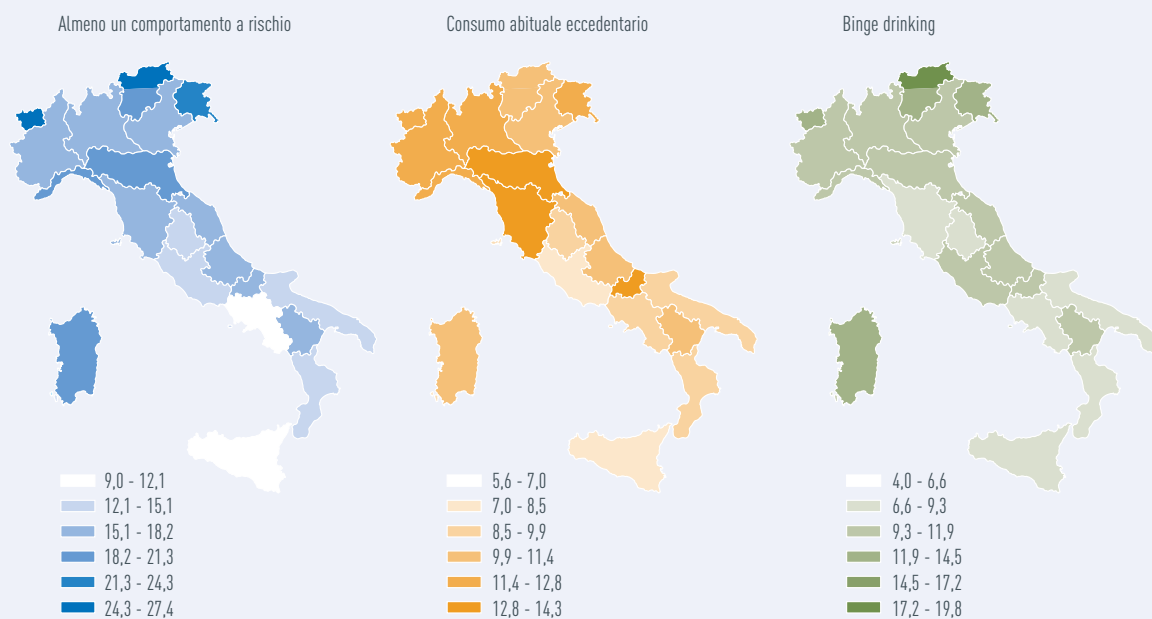


Fonte: ISTAT, *Aspetti della vita quotidiana, vari anni*.

Secondo l'ISTAT, nel 2016, il 64,7% della popolazione di 11 anni e più dichiara di aver consumato almeno un tipo di bevanda alcolica nell'anno. Secondo quanto riportato nella *Figura 9*, tra il 2006 e il 2016 diminuisce soprattutto la quota di chi consuma bevande alcoliche quotidianamente (dal 29,5% al 21,4%), ma aumenta quella di coloro che le consumano occasionalmente (dal 38,8% al 43,3%) e fuori dai pasti (dal 26,1% al 29,2%). Cambiano soprattutto i comportamenti delle donne. Sono i giovani a bere di più fuori pasto almeno una volta la settimana. Analizzando le mappe territoriali, consumo giornaliero non moderato e *binge drinking* si distribuiscono come l'insieme dei comportamenti a rischio. Ma la Provincia autonoma di Bolzano e la Sardegna, ai livelli più alti nella classifica regionale del *binge drinking*, sono in coda per il consumo abituale eccedentario; all'opposto si pongono Emilia Romagna e Toscana (*Figura 10*).

Il consumo di alcool è rimasto pressoché stabile anche se è aumentato tra le giovani donne.

Figura 10. Persone di 11 anni e più per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche e regione. Anno 2016, per 100 persone di 11 anni e più della stessa regione.



Fonte: ISTAT, *Aspetti della vita quotidiana, vari anni*.

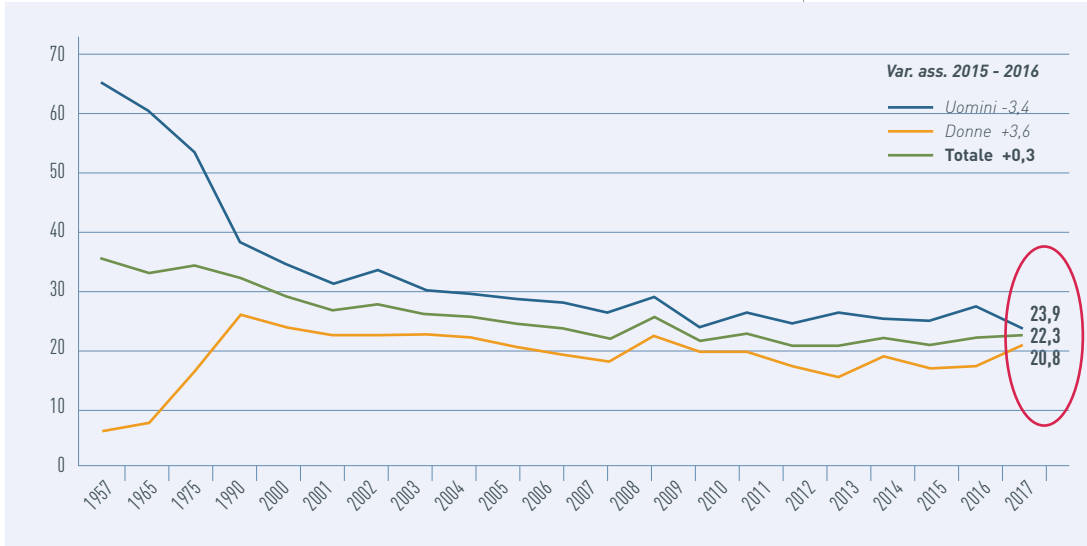
1.4.4 Fumo

Le conseguenze per la salute del fumo di tabacco sono note e numerose e includono, tra gli altri, cancro, ictus e malattia coronarica. Il fumo è responsabile per la perdita della maggior parte degli anni di vita in buona salute in 15 paesi dell'OCSE e occupa il secondo posto in altri 16 paesi dell'OCSE (Forouzanfar et al., 2016). L'OMS ha stimato che il fumo di tabacco uccide 7 milioni di persone all'anno in tutto il mondo, di cui 890.000 sono dovuti al fumo passivo.

In Italia, secondo quanto riportato nella *Figura 11*, il trend di discesa della prevalenza di fumo sembra essersi interrotto da circa 5 anni e il dato del 2017 si riporta sui valori registrati nel 2008. Si osserva, inoltre, una riduzione della prevalenza di fumatori maschi ed un aumento di quella di fumatrici donne. La fascia di età in cui la prevalenza di fumo è maggiore continua ad essere quella compresa tra i 25 e 44, in cui si registra la prevalenza maggiore di fumatori di entrambi i sessi (24,1% delle donne e 31,9% degli uomini).

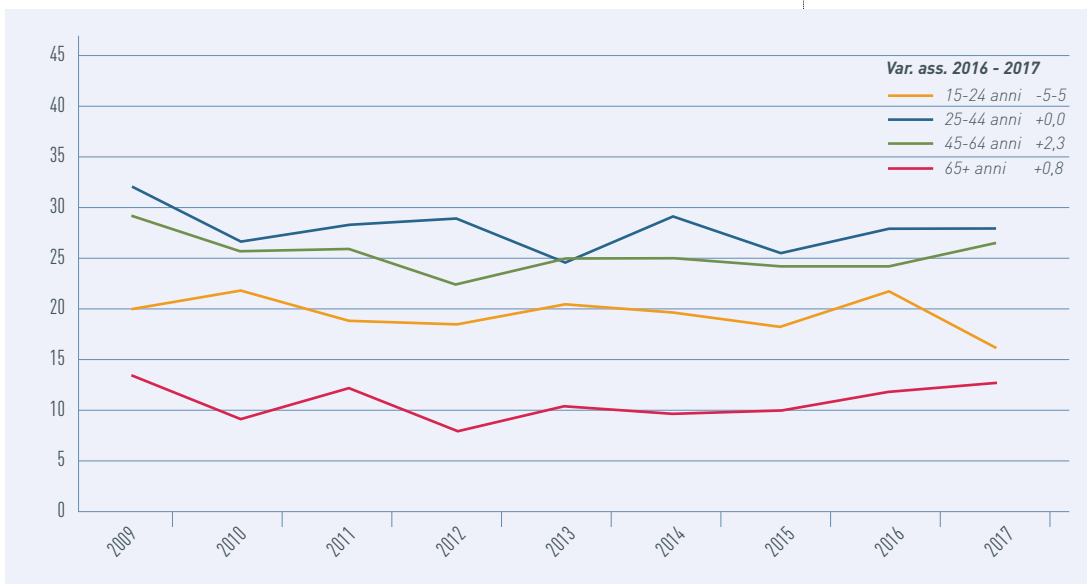
La riduzione nei trend del fumo sembra essersi interrotta e le donne hanno raggiunto gli uomini nei consumi.

Figura 11. Prevalenza del fumo di sigarette secondo le indagini DOXA condotte fra il 1957 e il 2017



Fonte: OSSFAD - Indagine DOXA-ISS 2017

Figura 12. Prevalenza dei fumatori secondo le indagini DOXA condotte fra il 2009 e il 2017 per classi d'età.



Fonte: OSSFAD - Indagine DOXA-ISS 2017

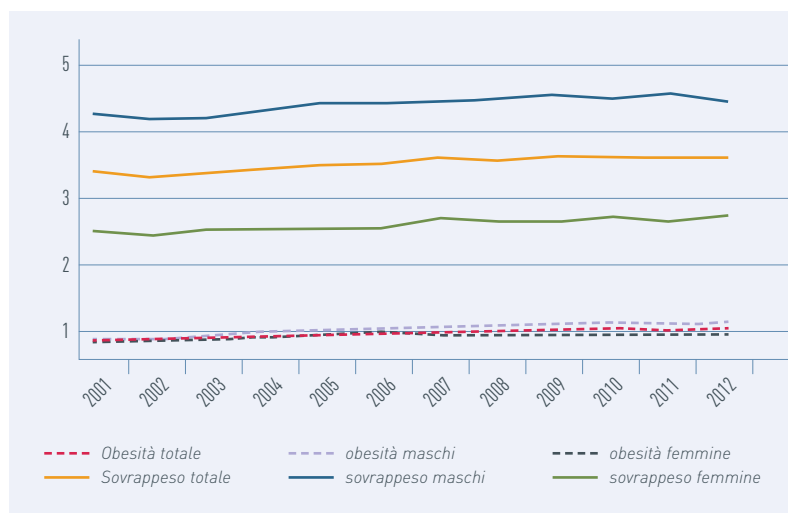
Il 13,8% dei fumatori ha iniziato a fumare addirittura prima dei 15 anni. I principali consumatori di sigarette fatte a mano sono i giovani e giovanissimi (15-24 anni), soprattutto maschi e residenti al Centro Italia (Figura 12).

1.4.5 Sovrappeso e obesità

Prima del 1980, i tassi di obesità nei paesi dell'OCSE erano stabili attorno al 10%, mentre oggi, in quasi la metà dei paesi dell'OCSE, oltre il 50% della popolazione è sovrappeso o obeso. Fontaine et al. (2003) hanno mostrato che la riduzione dell'aspettativa di vita di un giovane maschio patologicamente obeso può arrivare al 22%, equivalente a far anticipare la morte di circa 13 anni. Secondo l'OCSE (2010), una persona in sovrappeso aumenta il rischio di morte di circa il 30% per ogni ulteriore 15 kg di peso corporeo, a causa dello sviluppo di malattie croniche come diabete, ipercolesterolemia, ipertensione, infarto, asma e una vasta gamma di tumori.

La Figura 13 riporta i trend nelle prevalenze di sovrappeso e obesità per sesso in Italia dal 2006 al 2016 così come ricavate dall'indagine sugli "Aspetti di vita quotidiana" dell'ISTAT. Dal grafico si evince la presenza di un leggero trend in crescita per sovrappeso e obesità, soprattutto tra gli uomini.

Figura 13. Trend di prevalenza per sovrappeso e obesità in Italia per genere. (2006-2016)



Fonte: ISTAT, Indagine sugli Aspetti di vita quotidiana. Vari anni.

Il trend di sovrappeso e obesità rimangono pressoché costanti tra gli adulti italiani.

In termini di costi per il SSN, secondo Atella et al. (2015), un obeso costa al SSN fino al doppio di un individuo di peso normale: la spesa media pro-capite sul territorio per farmaci, accertamenti diagnostici e visite specialistiche è stata nel periodo 2006-2009 di circa 511 euro per un uomo normopeso (476 per una donna) mentre sfiora i 950 in caso di obesità severa maschile (884 nelle donne).

Un individuo giovane tra i 25 e i 34 anni normopeso ha un'incidenza media di ipertensione del 2,21%; un individuo della stessa età, ma con obesità grave raggiunge il 18,54% e anche in caso di obesità normale non scende al di sotto del 13,5%. Altra patologia per la quale il rischio aumenta con l'aumentare della massa corporea è il diabete. Ad esempio nella classe di età tra 25 e 34 anni l'incidenza del diabete nei normopeso si ferma allo 0,97%, mentre nei casi obesità raggiunge il 2,17% e in quella severa balza al 6,64%, quasi sette volte di più della più bassa.

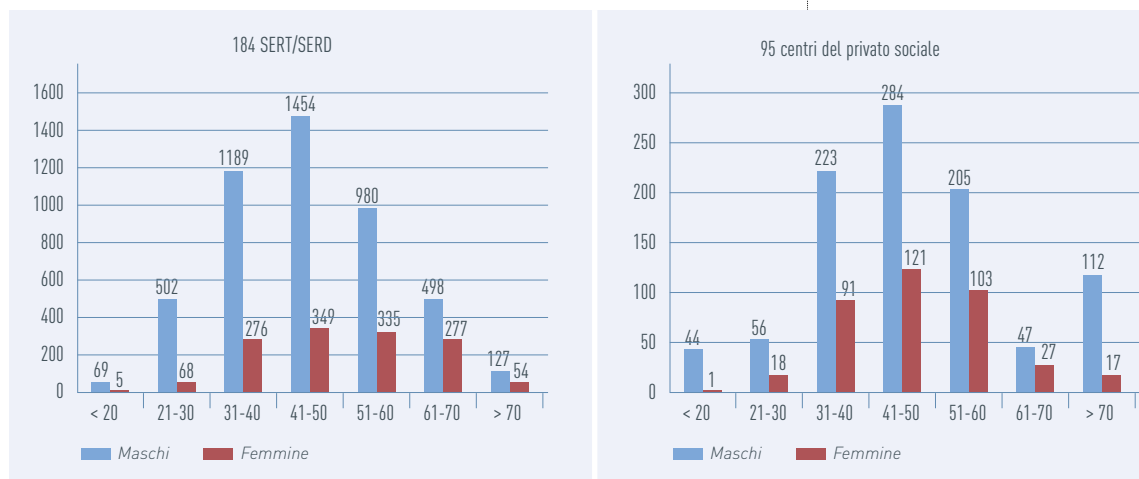
1.4.6 Ludopatia

Secondo il Dossier Azzardopoli realizzato dall'Associazione Libera nel 2012, in Italia si stimano 800mila persone dipendenti da gioco d'azzardo e quasi due milioni di giocatori a rischio, che spendono circa 1.260 euro pro capite per tentare la fortuna che possa cambiare la vita tra videopoker, slot-machine, gratta e vinci, sale bingo. È "la terza impresa italiana, l'unica con un bilancio sempre in attivo e che non risente della crisi che colpisce il nostro paese." L'Italia si trova al primo posto in Europa e al terzo posto tra i paesi che giocano di più al mondo. Il gioco d'azzardo colpisce in particolare i giovani, coinvolgendo quasi il 50% degli studenti di scuola media superiore.

Secondo i risultati di un progetto CCM del Ministero della Salute dal titolo "Indagine sulle caratteristiche e sull'operatività dei servizi e delle strutture per il trattamento del disturbo da gioco di azzardo", durante il 2014 il numero totale dei pazienti in trattamento era 6.297, mentre i nuovi casi per lo stesso anno erano stati 2.924 (Figura 14). La distribuzione per fascia di età dell'utenza dei 184 servizi del SSN, per l'anno solare 2014, mostra come la maggior parte degli utenti si concentri nella fascia di età 41-50 anni, e poi in quella 31-40 anni.

È in forte crescita il fenomeno della ludopatia.

Figura 14. Distribuzione degli utenti in trattamento per disturbo da gioco d'azzardo per fascia di età e sesso, anno 2014



Fonte: OSSFAD, Indagine sulle caratteristiche e sull'operatività dei servizi e delle strutture per il trattamento del disturbo da gioco di azzardo. Disponibile su: http://old.iss.it/binary/ogap/cont/Indagine_sulle_caratteristiche_e_sull_operativita_768_.pdf

1.4.7 Il gradiente socio-economico nei fattori di rischio

È abbastanza noto che negli adulti gli stili di vita e i comportamenti insalubri (fumo, alcool, obesità, inattività fisica, ecc.) sono messi in atto con frequenza inversamente proporzionale allo status socio-economico (SSE). Nelle pagine che seguono, si discute il gradiente socio-economico, rappresentato dai livelli di istruzione, nelle caratteristiche legate a stili di vita, come la prevalenza dell'obesità e l'abitudine al fumo rilevati dai dati di fonte ISTAT dalle Indagini Multiscopo sugli "Aspetti della vita quotidiana".

Relativamente ai livelli di obesità, nel 2016 la prevalenza più alta (circa 13%) è registrata nei 60enni senza istruzione universitaria. Per i laureati nella stessa fascia di età, nello stesso anno, la prevalenza è molto più bassa, e supera di poco il 7%. Inoltre, in termini di *trend*, è possibile vedere come nei 10 anni esaminati l'aumento è stato particolarmente penalizzante per i non-laureati, con differenziali di 5 punti percentuali in media per tutte le coorti. Da ciò ne deriva che i differenziali in termini di istruzione sono ampliati nel decennio, suggerendo un importante aumento della disuguaglianza nella salute a partire dal livello di istruzione.

Rimane molto elevato il gradiente socio-economico nei fattori di rischio.

Altro aspetto molto importante da sottolineare è che la composizione per coorte di nascita mostra come le generazioni più giovani (da 20 a 40 anni) abbiano sperimentato tassi di crescita positivi che hanno portato, a distanza di 10 anni, ogni generazione ad avere tassi di obesità superiori a quelli della stessa generazione misurata 10 anni prima. Vi sono prove crescenti che suggeriscono che le coorti successive stanno sviluppando obesità e condizioni croniche correlate prima nel corso della vita (Leville et al., (2005), Lee et al., (2010), Robinson et al., (2013), King et al. (2013)). Alla stessa età relativa i baby boomers negli Stati Uniti (King et al., 2013) e nel Regno Unito (Rice et al., 2010) hanno mostrato una maggiore prevalenza dell'obesità rispetto alla generazione precedente (nati 1926-1945), associata a più disabilità e condizioni croniche, tra cui diabete e ipertensione. Lee et al. (2010) analizzando individui nati negli Stati Uniti tra il 1971 e il 2006 hanno dimostrato che nelle coorti più giovani, l'obesità si verifica prima nel corso della vita accompagnata dallo sviluppo prematuro di condizioni come il diabete di tipo II e l'artrite, solitamente considerate malattie dell'invecchiamento. Inoltre, uno studio australiano che ha esaminato età, periodo e contributi di coorte alla prevalenza di sovrappeso e obesità ha concluso che le coorti di origine più recente sono a maggior rischio di sovrappeso (Allman-Farinelli et al., (2008)).

Inoltre, possiamo osservare una stretta relazione negativa tra tassi di fumo e livello di istruzione, con i più istruiti che hanno tassi significativamente minori, con trend sempre decrescenti dal 2006 al 2016 con eccezione dei nati dal 1982 al 1988. Si evince quindi un importante miglioramento generazionale legato alla diminuita propensione al fumo negli anni, sottolineando però il fatto che tale rafforzamento degli stili di vita salutari non sembra appartenere ai più giovani.

Le differenze maggiori si notano tra le generazioni più giovani.

1.5 L'evoluzione delle condizioni socio-economiche

L'intervallo di tempo tra il 1990 e il 2016 rappresenta un periodo caratterizzato da una importante serie di eventi che hanno avuto ripercussioni notevoli sulle economie di tutti i paesi e, in particolare, su quelle dell'Europa. Basta infatti ricordare che agli inizi degli anni 90 in Europa ci sono una serie di crisi valutarie che portano alla chiusura del sistema di cambi fissi tra i paesi dell'EU, i sistemi di welfare vanno in crisi anche a seguito della firma degli accordi di Maastricht, vengono buttate le basi per l'introduzione dell'Euro, le tecnologie digitali portano una rivoluzione totale nel funzionamento dei processi produttivi e dei mercati, si diffonde la bolla delle dot.com, si fa sempre più spazio la globalizzazione e la Cina cambia il contesto del commercio internazionale. All'inizio del nuovo millennio entra l'Euro, il panorama geo-politico viene scosso dall'attacco alle torri gemelle, si apre la bolla immobiliare che porta alla crisi finanziaria del 2007, cui segue in Europa il periodo dell'*austerità*. A guardarsi indietro, il mondo del 1990 è forse più lontano da oggi di quanto il 1990 non lo fosse dall'inizio del 900.

Secondo i dati del *Luxemburg Income Study* (LIS), in sette principali economie del Nord America e in Europa, la crescita del reddito di una coppia tra i 20 e i 30 anni è stata a livelli inferiori rispetto alle medie registrate negli ultimi 30 anni. Al contrario, i pensionati hanno visto aumentare il loro reddito: *i)* per la prima volta in Francia, i nuovi pensionati hanno generato più reddito disponibile di famiglie con capofamiglia una persona sotto i 50 anni, *ii)* le famiglie italiane con capofamiglia con più di 35 anni sono diventate più povere di quelle con pensionati con capofamiglia con più di 80 anni e *iii)* nel 2013, alla fine della crisi, le famiglie americane con capofamiglia con meno di 30 anni hanno meno reddito di quelle di età 65-79.

Se si accetta l'ipotesi che gli shock socio-economici possono influenzare gli indicatori di stato di salute (ad esempio, morbilità, mortalità e l'aspettativa di vita), questo nuovo scenario socio-economico può causare grandi cambiamenti nei cicli di vita di diverse generazioni, con effetti sulla salute sconosciuti sia a livello micro che macro. In Italia dal 2006 le condizioni economiche cominciano a deteriorarsi e la variazione nei tassi di occupazione tra i trentenni e i quarantenni è negativa. Sempre nel periodo 2006-2016 per i trentenni e i quarantenni si è avuta una riduzione anche nella percentuale di persone con un contratto di lavoro dipendente, e un aumento per i cinquantenni e i sessantenni.

Il quadro socio-economico tra il 1990 e il 2016 è molto cambiato in Italia e in Europa.

1.6 L'evoluzione delle condizioni di salute

Il progresso tecnologico registrato dalla seconda guerra mondiale ha causato un sostanziale ritardo o posticipazione della mortalità, in parte controbilanciata dall'aumento delle prevalenze di malattie croniche, che sempre più fanno parte della vita delle persone. Se inizialmente gli aumenti nell'aspettativa di vita derivavano dalla riduzione delle morti precoci in giovane età, nelle ultime decadi il contributo maggiore è venuto dalla più alta sopravvivenza delle persone over 65.

Per capire meglio qual è la situazione attuale in Italia e le dinamiche che caratterizzano le generazioni coinvolte nella popolazione 18-65 anni, si riportano i risultati di una serie di analisi condotte su alcuni importanti indicatori di condizione di salute, che mostrano come questi siano cambiati tra il 1996 ed il 2016 di fonte ISTAT dell'indagine Aspetti della vita quotidiana. L'elemento che spicca maggiormente, e che accomuna quasi tutti gli indicatori, è il visibile peggioramento dello stato di salute nel sotto-periodo 2006-16, osservato in modo più marcato per i 30 e i 40enni.

Andando ad analizzare gli individui con malattie cardiovascolari, diabete, tumore, asma e allergie si evidenzia come nell'ultimo decennio vi è un aumento di tali patologie particolarmente evidente per le coorti più giovani (20 – 30enni). Particolarmente allarmante l'aumento dei 30enni che dichiara uno scompenso cardiaco nel 2016, nonché la prevalenza di tumori nei più giovani (20enni).

Vi è però una sostanziale evidenza di come la salute sia in gran parte determinata dalla classe sociale e dalla posizione socio-economica occupata dagli individui: persone più ricche e istruite hanno stili di vita più sani, migliore assistenza sanitaria, tipologie lavorative meno impegnative dal punto di vista fisico e condizioni di lavoro meno pericolose o stressanti (Geyer et al., (2006), Torssander e Erikson (2010), Chauvel e Leist (2015)).

Un altro aspetto interessante, è che non è solo la posizione socio-economica corrente dell'individuo che determina il suo livello di salute, ma anche la sua posizione socio-economica durante l'infanzia e l'adolescenza, ovvero nel periodo della sua crescita ed evoluzione psico-fisica. Ad esempio, la povertà vissuta durante l'infanzia può avere conseguenze negative nel corso della vita di una persona in termini di stato nutrizionale e salute e, quindi, di sviluppo personale e opportunità legate alla formazione, l'autostima, le attività e l'accesso al mercato del lavoro: un basso status socio-economico dei genitori potrebbe essere, quindi, trasmesso alla generazione successiva attraverso questi canali (Laaksonen et al., 2005, Osler et al., 2009).

Lo stato di salute sembra essere peggiorato soprattutto tra le giovani generazioni che hanno anche risentito in modo maggiore della crisi economica.

Sempre analizzando i dati ISTAT relativi all'indagine Aspetti della vita quotidiana, si nota come la prevalenza più alta di diabete è registrata nei 60enni senza istruzione universitaria che si attesta sull'8%.

Per i laureati nella stessa fascia di età, nello stesso anno, la prevalenza è molto più bassa, e supera di poco il 5%.

Analogo meccanismo è presente per la prevalenza di tumori.

Si nota anche un decremento generazionale degli infarti per i 60enni per entrambi i livelli di istruzione e, in generale, un trend meno accentuato per i laureati e per gli occupati. Per i malati di asma è importante sottolineare un aumento, nel 2016, per i 20enni laureati rispetto ai 20enni del 2006, mentre per le persone non occupate delle fasce di età più anziane (50-60 anni) il trend è diminuito nel 2016 rispetto al 2006. Nelle prevalenze di ipertensione si nota un trend crescente dovuto all'*aging* e, tendenzialmente questo trend è inferiore per coloro che hanno un alto livello di istruzione o sono occupati.

In conclusione, quindi, osservando per gradienti socio-economici, possiamo affermare che negli anni si è verificato un effetto generazionale negativo per le coorti più giovani che hanno visto un incremento di alcune patologie (asma, infarto, tumori, disturbi nervosi). Al contrario, per le generazioni più anziane si evidenzia una diminuzione nel tempo delle prevalenze per alcune patologie quali diabete, asma, tumori ed infarto.

Infine, in un recente lavoro Atella et al. (2017) hanno proposto un indicatore che misura l'età media di insorgenza di una qualunque patologia cronica nella popolazione. Rispetto al passato, negli ultimi anni gli individui hanno visto abbassarsi l'età di insorgenza della loro prima malattia cronica. L'età media di esordio era di 52,2 anni nel 2004 ed è scesa a 47,3 anni nel 2014 senza tener conto del fattore di invecchiamento. Osservando l'indicatore aggiustato (cioè al netto dell'invecchiamento), l'età media di esordio scende più velocemente nel corso degli anni e raggiunge l'età minima (46 anni) nel 2014. Questa tendenza suggerisce che, in media, nel 2014 gli italiani si sono imbattuti per la prima volta in una malattia cronica 4,9 anni prima rispetto al 2004, il che significa anche 4,9 anni in più di assistenza medica (che salgono a 6,2 anni se si tiene conto dell'invecchiamento).

**Tra il 2004 e il 2016
l'età media di insorgenza
della prima patologia
cronica si è abbassata
di circa 4,9 anni.**

Conclusioni

La stabilità, la prosperità e la sostenibilità di una società dipendono dal sano sviluppo della sua popolazione fin dai suoi primi anni di vita. Per un individuo crescere e svilupparsi in modo sano ed equilibrato richiede ricevere assistenza e supporto lungo tutto l'arco della sua vita in modo coordinato tra il livello familiare e quello della comunità in cui vive. Gli individui sono sistemi complessi che interagiscono con l'esterno in modi e tempi ben precisi.

Purtroppo, alcuni dei dati clinici e socio-economici che abbiamo commentato in questo Rapporto sembrano indicare che sempre di più stiamo cercando di minare le basi della salute della popolazione di domani. Il peggioramento di alcuni stili di vita e la concomitante crisi economica del 2007 sembrano aver creato forti sinergie per impattare in modo negativo sulle fasce più giovani della popolazione adulta. Se e come gli effetti che vediamo oggi si manifesteranno in termini di *outcome* sanitari nel futuro non è facile immaginarlo, anche se alcuni indizi li abbiamo. Di certo, però, i processi biologici e le leggi della bio-chimica ci dicono già da oggi che i giovani adulti potrebbero essere più a rischio nello sviluppare patologie croniche e invalidità.

Il compito dei *policy maker* sarà, quindi, quello di provare a mitigare questi effetti in futuro mettendo in atto politiche che rendano più salubre la vita degli individui appartenenti a questa generazione.

Parte 2.

Strumenti aziendali di governo
clinico per la gestione delle
patologie croniche: grado
di diffusione e principali
caratteristiche

Introduzione²

L'impatto sociale delle malattie croniche è ormai universalmente riconosciuto: secondo alcune stime, nei Paesi industrializzati l'87% delle cause di morte è legato a patologie croniche (Suhrcke et al. 2006; Mathers et al. 2003); se riferita all'intera popolazione mondiale, tale percentuale fa registrare un valore vicino al 70% (WHO, 2017). In Italia, secondo l'ISTAT (2017), il 39,1% della popolazione (23,7 milioni di individui) soffre di almeno una malattia cronica e il 20,7% di almeno due (12,5 milioni di persone) In questo quadro, dunque, si inserisce il tema della gestione della cronicità, problematica, come detto, ad alto impatto sociale e sanitario. Sorge dunque spontaneo interrogarsi sulle modalità più adeguate per affrontare queste preoccupanti e, almeno apparentemente, irreversibili tendenze. In risposta alle dinamiche demografiche in atto e considerando i tassi di prevalenza mostrati in apertura di paragrafo, soprattutto recentemente, il tema della cronicità è spesso stato associato a quello dello spostamento delle cure dall'ospedale al territorio. Tale propensione è stata comprensibilmente associata ad almeno tre distinte dimensioni (Borgonovi et al., 2012):

- *in termini di caratteristiche clinico-sanitarie della domanda di salute, le patologie croniche richiedono di prestare particolare attenzione alle fasi di prevenzione, continuità terapeutica e monitoraggio della compliance del paziente (attività che non dovrebbero essere svolte in ambito ospedaliero, in quanto setting assistenziale poco appropriato);*
- *per quanto riguarda il profilo sociale del bisogno, si tratta spesso di pazienti anziani, talvolta affetti da fragilità fisica e relazionale che necessitano di professionalità di riferimento in grado di approcciarsi ai bisogni della persona in maniera "olistica";*
- *in termini di praticabilità del modello assistenziale, trattandosi perlopiù di attività a medio-bassa complessità clinica è stato possibile immaginare una certa standardizzazione del processo di cura e, quindi, il disegno di strumenti di governo clinico (come ad esempio i percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali - PDTA).*

In generale, esiste una diffusa consapevolezza sulla necessità di prestare particolare attenzione all'implementazione di strumenti, modelli organizzativi e politiche che mirino a rafforzare la capacità di presa in carico del paziente cronico. Nel contesto italiano, con specifico riferimento all'ultima dimensione segnalata sopra, la scelta delle patologie target è spesso compiuta a livello regionale. Tuttavia, le modalità di disegno e concreta applicazione degli strumenti di governo clinico sono delineate a livello di Azienda Sanitaria Locale (o comunque territoriale), in modo da permettere localmente di poter adattare le best practices terapeutiche elaborate a livello nazionale e internazionale alle specificità del bisogno di salute che insiste sul proprio territorio di riferimento.

Le patologie croniche rappresentano uno dei problemi a maggiore impatto medico ed economico in tutto il mondo.

2 Alla redazione della presente sezione hanno contribuito Elio Borgonovi (direttore scientifico) e Francesca Lecci (coordinatrice). Tutti i dati riportati in questa versione preliminare del Rapporto si basano su informazioni disponibili alla data del 30 settembre 2018, quando le analisi che lo compongono sono state completate.

2.1 Obiettivi e metodologia del lavoro

Il quadro delineato permette di cogliere quanto un sistema siffatto possa caratterizzarsi per differenziazioni di percorsi e strumenti predisposti per rispondere ai bisogni associati alle patologie croniche, che interessano in via prevalente l'età adulta. In questo senso, tale sistema rende arduo ottenere una visione d'insieme nazionale rispetto agli strumenti di governo clinico implementati e della loro efficacia nella risposta al bisogno di salute dei pazienti cronici presi in carico. Un importante elemento di complessità che riguarda tale processo di differenziazione fa inoltre riferimento al coinvolgimento potenziale di livelli istituzionali diversi (Governo, Regioni e Aziende). Sotto questo profilo, si fa riferimento al Piano Nazionale della Cronicità (2016) come *framework* nazionale di riferimento, con politiche regionali che hanno l'opportunità di disegnare in autonomia il proprio sistema per la presa in carico del paziente cronico e scelte organizzative aziendali che possono essere diverse anche all'interno di medesimi contesti regionali.

In questo contesto, dunque, la ricerca prova a mappare e approfondire l'articolazione del sistema per la gestione della cronicità nel Paese. In particolare, il lavoro mira a costruire un quadro sinottico delle normative regionali vigenti sul tema, per poi indagare la diffusione e le principali caratteristiche degli strumenti di governo clinico all'interno dei singoli contesti aziendali con riferimento a cinque patologie ad alto impatto sociale (diabete, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, obesità e neoplasie). Infine, in una seconda fase, si cercherà di valutare gli effetti della loro introduzione sul consumo di ricoveri ospedalieri associati alle cinque patologie indagate a livello aziendale. In continuità con Borgonovi et al. (2012) e al fine di comprendere l'evoluzione che ha caratterizzato il sistema negli ultimi anni, lo studio mira a rispondere alle seguenti domande di ricerca:

1. La normativa regionale prevede l'introduzione degli strumenti di governo clinico? Con quali caratteristiche?
2. Con riferimento alle cinque patologie citate in precedenza, qual è la diffusione degli strumenti di governo clinico nelle aziende sanitarie italiane e quali sono i contenuti di tali strumenti? Sono previsti meccanismi di incentivazione collegati alla loro implementazione? Esistono sistemi di monitoraggio delle loro attività e come sono strutturati? Quali impatti sono stati generati sul consumo di prestazioni ospedaliere?

Coerentemente agli obiettivi, la ricerca si svilupperà lungo tre assi:

1. Analisi desk delle normative regionali vigenti con riferimento alle previsioni, all'introduzione e allo sviluppo degli strumenti di governo clinico nel proprio contesto di riferimento;
2. Somministrazione di un questionario elettronico a tutte le aziende

Le modalità di risposta ai bisogni della popolazione sono molteplici e difficilmente sintetizzabili in modo semplice.

territoriali (ASL, AUSL, ASST... - 120 unità complessive a livello nazionale), con focus specifico su definizione, implementazione e caratteristiche di strumenti di governo clinico per cinque patologie croniche ad alto impatto sociale (diabete, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, obesità, neoplasie).

Per quanto riguarda l'analisi desk, il lavoro si è in un primo momento concentrato sull'analisi del Piano Nazionale della Cronicità (2016 – nel prosieguo del testo anche PNC). A questo primo passaggio, ne è seguito un secondo, più analitico e volto a comprendere l'evoluzione che ha caratterizzato le singole realtà regionali *(i)* in termini di recepimento delle linee guida offerte dal PNC e *(ii)* in termini di comparazione interregionale rispetto al grado di differenziazione esistente tra livelli istituzionali di governo paritetici.

A questa prima metodologia ne è seguita una seconda, finalizzata a rilevare direttamente presso le aziende la modalità organizzativa prescelta per la gestione della cronicità. In particolare, in continuità con Borgonovi et al. (2012), si è scelto di indagare le caratteristiche degli strumenti di governo clinico da loro disegnate e implementate con riferimento a cinque specifiche patologie croniche (diabete, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, obesità e neoplasie). Per farlo, è stato somministrato un questionario elettronico a tutte le aziende sanitarie pubbliche territoriali (ASL, AUSL, ASST, ASP, per un totale di 120 unità) che operano nel Paese. Alla luce del metodo prescelto, questa fase dello studio si configura come una «survey», in quanto il ricercatore attinge direttamente le informazioni presso le unità che costituiscono il suo campo d'osservazione.

Il questionario è stato articolato su 19 domande, divise in quattro sezioni orientate ad approfondire: *(i)* aspetti di ordine generale (domande da 1 a 4), *(ii)* diffusione degli strumenti di governo clinico per le patologie sopracitate (domande da 5 a 9), *(iii)* i contenuti specifici degli strumenti in questione (domande 10 e 11), *(iv)* gli *stakeholder* coinvolti nel processo (domande da 12 a 14), i meccanismi per rafforzare la loro efficacia e la valutazione soggettiva (*self-reported*) dei referenti aziendali rispetto al livello di efficacia già raggiunto (domande da 15 a 19).

L'analisi del Piano Nazionale delle Cronicità.

L'analisi delle modalità organizzative a livello di azienda.

2.2 Lo stato dell'arte della normativa nazionale e regionale

Con l'Accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano il Ministero della Salute ha pubblicato il proprio Piano Nazionale della Cronicità, con l'obiettivo di armonizzare quanto prodotto fin qui nel campo della cronicità, definire delle linee guida condivise e contribuire al miglioramento della tutela garantita al paziente cronico e alla sua famiglia.

Il documento parte da alcune evidenze relative all'invecchiamento della popolazione e al conseguente aumento dell'incidenza delle patologie croniche, che oggi si stima cubino tra il 70 e l'80 per cento delle risorse sanitarie complessive. Il quadro epidemiologico è ulteriormente complicato dalle evidenze che mostrano come le disuguaglianze sociali siano un fattore determinante nell'influenzare le condizioni di salute, generando forti disparità e iniquità sociali. A fronte di un quadro che individua le patologie croniche come nuove epidemie del terzo Millennio, si tratteggiano un nuovo sistema e una nuova cultura, che hanno l'obiettivo di modificare radicalmente il posizionamento e il coinvolgimento di tutti gli attori: i professionisti, i pazienti, i loro caregiver. Per far fronte a una sfida di sistema è infatti necessario coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti dello stesso, ossia l'intero "macrosistema-salute".

Il Piano si innesta su alcuni obiettivi prioritari di politica sanitaria, primo tra tutti quello relativo al riequilibrio e alla generale integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale: nel Piano l'ospedale viene individuato come uno snodo di alta specializzazione all'interno del sistema di cure per la cronicità che interagisce con gli altri setting assistenziali dovendo però sviluppare nuove, idonee formule organizzative. Tra queste, si citano gli ospedali per intensità di cure e le "dimissioni assistite" per ridurre il *drop-out* della rete assistenziale, che risulta spesso causa di ri-ospedalizzazione ed esiti negativi. Altro obiettivo fondante il PNC è la domiciliarizzazione dell'individuo, da preferire all'istituzionalizzazione per favorire il generale empowerment del paziente ma da accompagnare con una crescente intensità assistenziale verso il paziente, senza far ricadere su quest'ultimo il peso dell'assistenza.

Il Piano, inoltre, incentiva ulteriormente la riorganizzazione dell'attività di medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS), che sono deputati alla presa in carico del paziente cronico e all'attivazione delle iniziative necessarie per garantire una più efficace prevenzione primaria e secondaria.

La traduzione operativa e concreta del piano passa dallo sviluppo degli strumenti cardine che sono i percorsi assistenziali (PA), che permettono di porre in evidenza tutte le principali variabili assistenziali e integrarle. Gli obiettivi e i principi cardine del PNC si sviluppano

Il Piano Nazionale delle Cronicità.

trasversalmente lungo il macroprocesso che coinvolge il percorso del paziente cronico e che è composto da 5 fasi:

1. Stratificazione e targeting della popolazione

In linea con l'affermato paradigma del *Population Health Management* (PHM), la prima attività del processo di presa in carico dei cronici prevede l'identificazione e la stratificazione della popolazione affetta non solo sulla base di criteri clinici ma anche di caratteristiche individuali, familiari e socio-demografiche che possono incidere sulla capacità di prendere efficacemente in carico la malattia.

2. Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce

Per contenere l'impatto futuro delle patologie croniche un nodo cruciale del processo sta nell'azione condivisa di politiche multiple, non solo riconducibili al contesto sanitario strettamente intese, volte a combattere e prevenire i fattori di rischio comuni modificabili e i fattori di rischio intermedi. La necessità di una collaborazione intersettoriale può facilitare il perseguimento di una diagnosi precoce dei fattori di rischio comportamentali e intermedi.

3. Presa in carico del paziente

Questa fase del macro processo di gestione del paziente cronico si sviluppa interessando tre aree differenti:

- Organizzazione dei servizi
- Integrazione sociosanitaria
- Organizzazione dell'assistenza ospedaliera

4. Presa in carico del paziente

Lo step successivo prevede la presa in carico del paziente, da considerare come un prodotto assistenziale basato su criteri valutativi condivisi e che preveda strumenti di dialogo appropriati per ribadire il protagonismo dei pazienti. Il coinvolgimento richiesto al paziente passa dalla mera compliance a un vero e proprio *empowerment*: per stressare questa estrema centralità dell'individuo, e di chi insieme a lui si fa carico dell'assistenza, si è coniato il termine "Patto di cura", che parte dall'educazione proprio per far sentire l'individuo al centro del suo percorso di cura.

5. Valutazione della qualità delle cure erogate

Il macroprocesso si conclude con la fase di valutazione, presidio strategico per l'apprezzamento dell'interno SSN: per ribadire la centralità si rende necessario lo sviluppo di strumenti strutturati di valutazione della soddisfazione dei cittadini nel rapporto trasversale con il SSN e con i vari punti di accesso e di offerta che i cronici incontrano lungo il loro percorso. Questi strumenti devono essere fortemente integrati con i percorsi assistenziali e permettere una valutazione anche sulla base di soli indicatori di risultati intermedi.

Le cinque fasi del percorso del paziente cronico.

2.3 Gli strumenti di governo clinico nelle aziende sanitarie pubbliche italiane: evidenza a partire da una survey elettronica

Nel presente paragrafo vengono presentate le principali evidenze emerse dal questionario elettronico sottoposto alle aziende sanitarie pubbliche territoriali che operano nel nostro Paese. Al suo interno, vengono presentati alcuni dati di carattere generale sui rispondenti, la tipologia di strumenti di governo clinico introdotti con riferimento alle cinque patologie croniche segnalate in precedenza, i contenuti e le principali caratteristiche di tali strumenti, le figure professionali coinvolte nella loro predisposizione e implementazione e, infine, i meccanismi per rafforzarne l'efficacia, anche alla luce del percepito dei referenti aziendali rispetto ad alcune dimensioni di qualità del servizio erogato.

Complessivamente si contano 35 aziende rispondenti, su una popolazione di riferimento di 120 aziende sanitarie pubbliche territoriali, facendo registrare un tasso di risposta del 29%. Le aziende rispondenti provengono da 11 differenti realtà regionali e si concentrano perlopiù nell'area settentrionale del Paese (73%). La restante quota (27%) si distribuisce equamente tra regioni del Centro e del Sud Italia (13,5%). Considerata una rilevante dimensione di inquadramento strutturale, l'analisi del valore della produzione dell'esercizio 2017 evidenzia che quasi la metà di esse (47%) riporta un valore superiore ai 700 milioni di euro, mentre sono il 33% le aziende con un valore della produzione inferiore ai 300 milioni di euro. Nella fascia intermedia si collocano le restanti aziende: il 7% tra i 300 e i 500 milioni; il 13% tra i 500 e i 700 milioni di euro. Emerge dunque un campione piuttosto eterogeneo in termini di dimensioni aziendali.

2.3.1 I principali strumenti introdotti

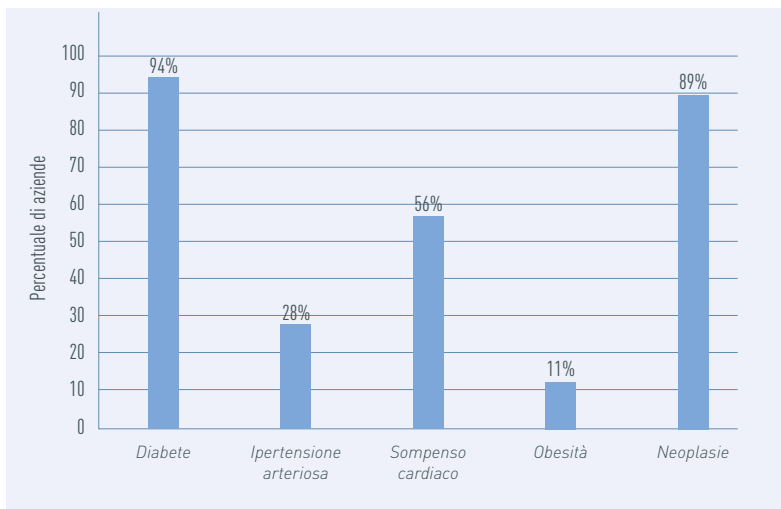
Le analisi descrittive che seguono, anche se riferibili a un campione di 35 aziende, permettono di formulare alcune interessanti considerazioni con riferimento all'introduzione e all'utilizzo degli strumenti di governo clinico per la gestione delle cinque patologie croniche oggetto dello studio. In primis, dalla *Figura 15* emerge come diabete e neoplasie (in entrambi i casi 93% del campione) siano le patologie croniche maggiormente interessate dall'introduzione di strumenti di governo clinico. Per quanto riguarda lo scompenso cardiaco, la loro introduzione appare più limitata (60%), mentre decisamente più modesta è la percentuale registrata su ipertensione arteriosa (27%) e obesità (13%). Se invece di riferirsi alla singola patologia cronica, si fa riferimento al mix di strumenti predisposti dalle singole aziende rispondenti emerge come un'azienda su tre si sia resa protagonista del disegno di strumenti di governo clinico legati esclusivamente a diabete e neoplasie (33% del campione). Altre aziende, invece, oltre che per diabete e neoplasie, hanno predisposto strumenti per la gestione dello scompenso cardiaco

I risultati delle analisi condotte su 35 aziende.

Diabete e Neoplasie sono le patologie maggiormente interessate dall'introduzione di strumenti di governo clinico.

(20% del campione) o di scompenso cardiaco e ipertensione arteriosa. In nessuno dei casi indagati si è registrata una contestuale predisposizione di strumenti per il governo di tutte le patologie indagate. Da segnalare, inoltre, come nella maggior parte dei casi (80% del campione, non riportato in figura), le aziende abbiano configurato e sviluppato strumenti di governo clinico che riguardano patologie diverse da quelle indagate dal presente studio: si va da un minimo di un'unica patologia aggiuntiva a un massimo di 53 PDTA sviluppati in una realtà aziendale; mediamente, oltre a quelle indagate dal questionario, si contano 10 patologie interessate dall'introduzione di questa tipologia di strumenti. Come preventivabile, non sempre il momento di disegno dello strumento (inteso come inizio del processo di predisposizione dello stesso) è stato immediatamente (da intendersi nello stesso anno solare) seguito dalla sua implementazione. Sotto questo profilo, la Tabella 1 mostra come diabete, ipertensione arteriosa e scompenso cardiaco siano le patologie croniche che vantano le prime definizioni di strumenti di governo clinico per la loro gestione (rispettivamente 2008, 2009, 2013), seppure vi siano aziende che ne hanno disegnato le caratteristiche nell'ultimo biennio.

Figura 15. Diffusione degli strumenti di governo clinico per patologia



Fonte: Indagine CERGAS SDA Bocconi 2018

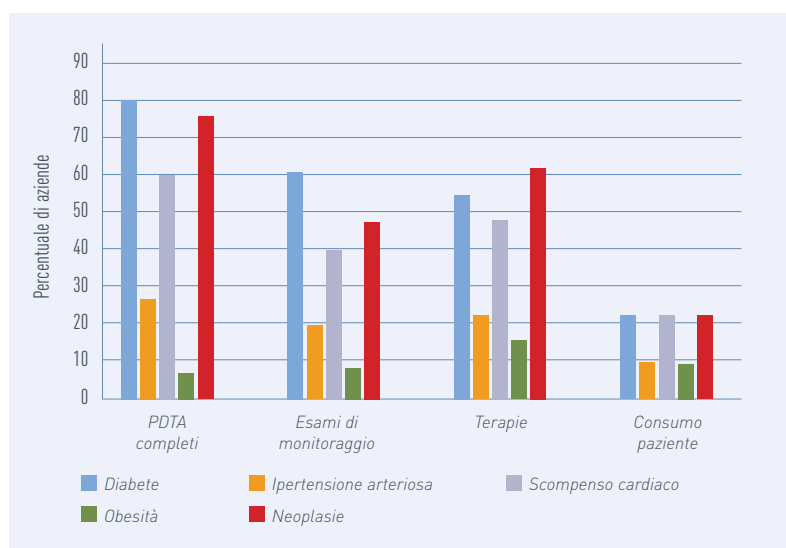
Di origini più recenti, invece, appaiono gli strumenti dedicati a neoplasie e obesità (rispettivamente 2014 e 2015). Per quanto concerne l'implementazione, tendenzialmente si osserva una discreta capacità da parte delle aziende rispondenti di attivare e rendere operativi tali strumenti in meno di 12 mesi dalla loro predisposizione.

Tabella 1. Periodo e tempistica d'implementazione degli strumenti di governo clinico da parte delle aziende rispondenti

	Disegno strumento			Implementazione strumento			Anni per l'implementazione		
	Meno recente	Più recente	Media	Meno recente	Più recente	Media	Min.	Max.	Media
Diabete	2008	2018	2014	2008	2018	2015	0	8	1
Ipertensione arteriosa	2009	2017	2013	2009	2018	2014	0	2	1
Scopenso cardiaco	2009	2018	2014	2009	2018	2014	0	2	0
Obesità	2015	2018	2017	2015	2015	2015	0	0	0
Neoplasie	2014	2018	2016	2014	2018	2016	0	2	0

Fonte: Indagine CERGAS SDA Bocconi 2018

Figura 16. Tipologia degli strumenti di governo clinico delle patologie introdotti dalle aziende rispondenti



Fonte: Indagine CERGAS SDA Bocconi 2018

Si registra, comunque, un caso, per la gestione del diabete, in cui sono intercorsi circa 8 anni tra i due momenti; con riferimento alle neoplasie, si segnala un caso in cui sono invece trascorsi circa due anni. In particolare, nel caso del diabete si osservano percentuali che oscillano tra il 53% dei protocolli relativi alle terapie e l'80% dei PDTA; per quanto riguarda le neoplasie, invece, si oscilla tra il 47% di aziende che hanno implementato protocolli specifici relativi agli esami di monitoraggio e il 73% dei PDTA «completi». La patologia in assoluto meno presidiata è l'obesità. Sul fronte strumenti, appare poco frequente il ricorso a obiettivi di consumo sanitario, mentre nessun'azienda dichiara di utilizzare obiettivi di budget di spesa per paziente.

2.3.2 I contenuti degli strumenti di governo clinico

La diffusione degli strumenti di governo clinico osservata nel paragrafo precedente si riflette anche sulle loro caratteristiche specifiche. In particolare, dalla *Figura 17* emerge come vi siano una serie di contenuti specifici che tipicamente caratterizzano gli strumenti di governo clinico definiti dalle aziende (pacchetti di prestazione, esiti clinici attesi dagli esami di monitoraggio, terapie farmacologiche, compiti e responsabilità delle diverse figure professionali coinvolte, cadenza e modalità di visite di controllo ed esami di monitoraggio e modalità di monitoraggio dell'adesione al PDTA da parte del paziente). Coerentemente alla diffusione per patologia, tali strumenti caratterizzano perlopiù la gestione del diabete (con punte dell'80% nel caso dei pacchetti di prestazione diagnostiche e specialistiche e del 73% sulla definizione di compiti, funzioni e responsabilità dei professionisti coinvolti) e delle neoplasie (il 73% delle aziende rispondenti riporta la presenza di caratteristiche definite rispetto alle terapie farmacologiche e, nel 67% dei casi, degli esiti clinici attesi e della divisione dei compiti e ruoli). Se invece di considerare il campione nella sua interezza, ci si focalizza sulla diffusione degli strumenti di governo clinico per singola patologia indagata, emerge un quadro ancor più interessante: in tutte le aziende in cui è presente uno strumento per la gestione dell'obesità, si predispongono pacchetti di prestazione, si guarda agli esiti clinici dei trattamenti, si consolidano ruoli e responsabilità assegnate ai professionisti e si assegna priorità alla cadenza degli esami di monitoraggio (100% delle rilevazioni in tutte e quattro le fattispecie). Inoltre, si nota come laddove siano stati effettivamente disegnati e implementati strumenti di governo clinico per scompenso cardiaco e ipertensione arteriosa, le percentuali di diffusione dei medesimi contenuti osservati in precedenza tendano a confermarsi. Unica parziale eccezione è rappresentata dalla modesta attenzione dedicata dalle aziende agli esiti clinici attesi dagli esami di monitoraggio con riferimento all'ipertensione arteriosa (25% dei casi).

Esistono contenuti specifici che caratterizzano gli strumenti di governo clinico.

Figura 17. Principali caratteristiche degli strumenti di governo clinico introdotti dalle aziende rispondenti per patologia cronica indagata

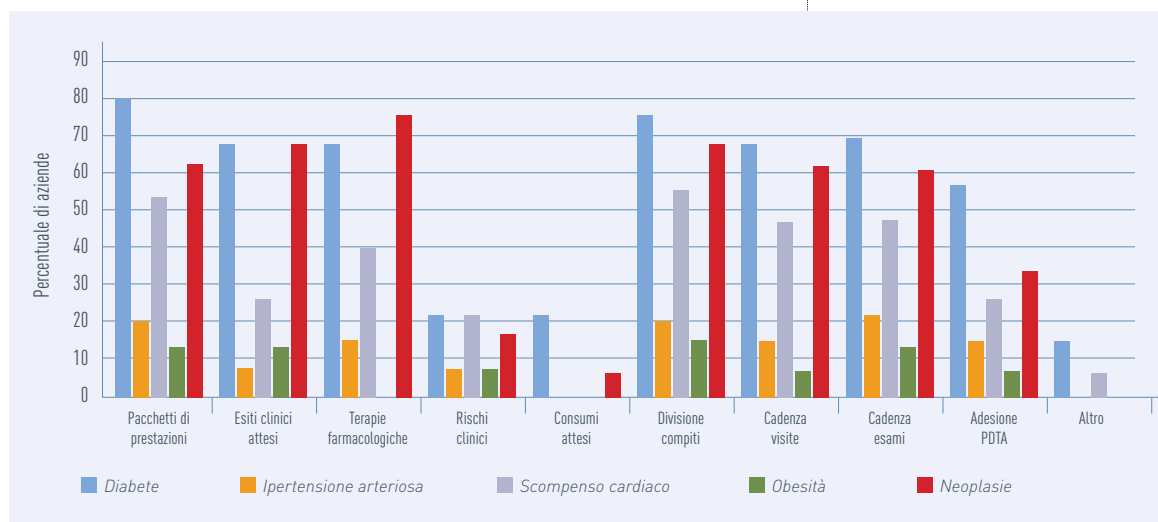
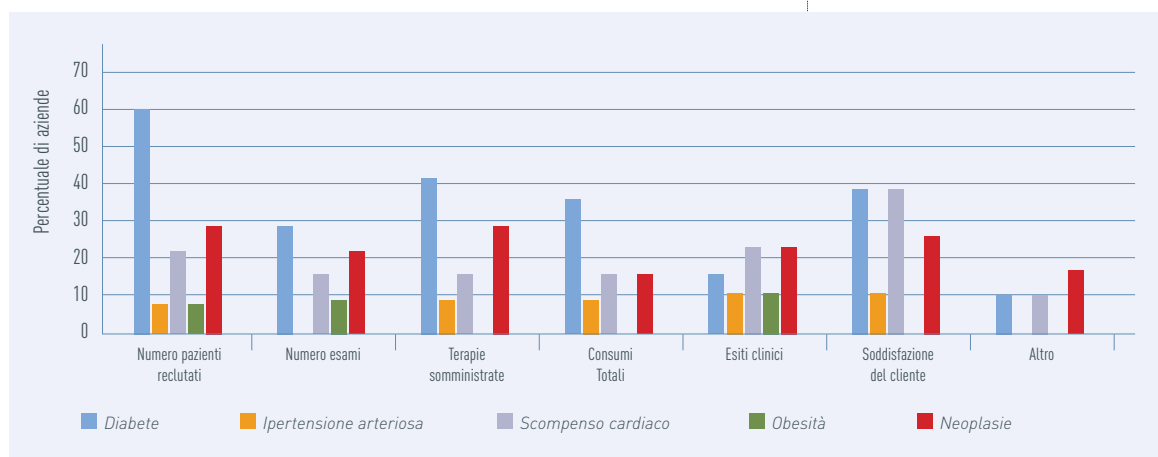


Figura 18. Contenuti dei report di monitoraggio sugli strumenti di governo clinico nelle aziende rispondenti per le patologie croniche indagate



Gli strumenti di monitoraggio utilizzati (*Figura 18*) appaiono generalmente poco diffusi. Quelli segnalati dalle aziende rispondenti fanno riferimento prevalentemente a informazioni relative al numero e all'aderenza dei pazienti reclutati (il 60% nel caso del diabete, 27% per le neoplasie).

I report periodici sulle terapie somministrate e sulla soddisfazione del paziente appaiono come i sistemi di reportistica diffusamente più utilizzati, seppur con percentuali molto modeste con riferimento alle aziende del campione. Si noti inoltre come il diabete emerga come la patologia maggiormente caratterizzata da report di monitoraggio sull'andamento della gestione della patologia. Considerando tale evidenza, il disallineamento osservato tra caratteristiche degli strumenti e contenuto dei sistemi di monitoraggio che dovrebbero controllarne l'attività potrebbe rappresentare un importante punto di attenzione.

2.3.3 I professionisti coinvolti

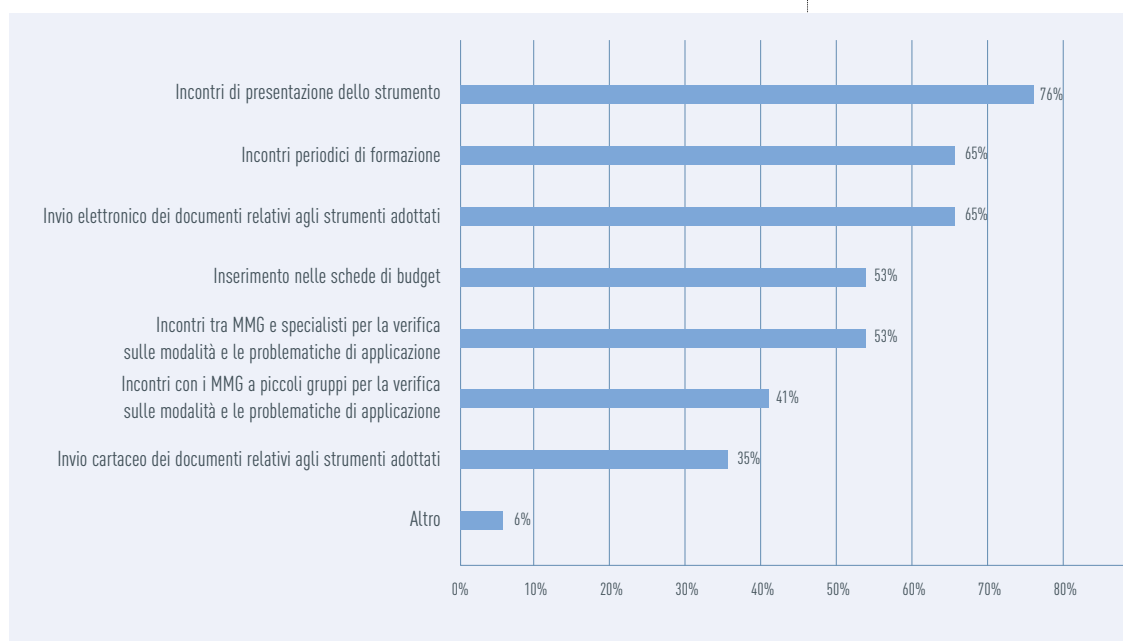
La quarta sezione del questionario mira a indagare la tipologia di stakeholder coinvolti nelle fasi di definizione e implementazione degli strumenti di governo clinico, anche per comprenderne l'eterogeneità e quindi il livello di apertura e partecipazione raggiunto in termini di processo. La fase di disegno ed elaborazione degli strumenti di governo clinico per le patologie croniche indagate ha visto perlopiù coinvolti i MMG e gli infermieri professionali (87% delle aziende del campione in entrambi i casi). Sufficientemente ingaggiati nel processo risultano essere anche gli specialisti (ospedalieri o territoriali) in qualità di singoli professionisti (80%), i funzionari del Dipartimento di Cure Primarie dell'Azienda (60%) e le associazioni di pazienti (47%). Evidenze molto indicative, che testimoniano un buon livello di apertura e una significativa rappresentanza dei principali stakeholder legati al tema, sottolineando il ruolo pivotale detenuto dalle singole aziende nella predisposizione e organizzazione di questo tipo di servizi e la centralità assegnata al MMG. Al contrario e non troppo inaspettatamente, funzionari regionali, società scientifiche e rappresentanti sindacali sono stati decisamente meno coinvolti nel processo in oggetto.

Similmente, anche in fase di implementazione (non riportato in figura) gli stakeholder maggiormente coinvolti risultano essere MMG (93%), specialisti in qualità di singoli professionisti (87%) e infermieri professionali (80%), con una inversione tra le due figure professionali rispetto a quanto osservato in fase di disegno. Anche in questo caso, i referenti del Dipartimento di Cure Primarie dell'azienda (60%) e le associazioni dei pazienti (53%) hanno generalmente rivestito un ruolo centrale. Tali evidenze mostrano una certa continuità tra le due fasi del processo, con i medesimi professionisti coinvolti nel disegno e nel rendere operativo quanto definito in precedenza. Dopo aver osservato le

Sono molti i professionisti coinvolti, anche se MMG e infermieri fanno la parte da leone.

figure professionali coinvolte, risulta di particolare interesse indagare le modalità con cui le logiche degli strumenti di governo clinico sono state tra loro diffuse, anche al fine di cogliere la presenza di eventuali «riti organizzativi» che ne abbiano permeato la diffusione. La *Figura 19* mostra come non vi sia stata una modalità predominante sulle altre.

Figura 19. Modalità di diffusione tra gli stakeholder delle informazioni riguardanti gli strumenti di governo clinico delle aziende rispondenti



Fonte: Indagine CERGAS SDA Bocconi 2018

Di fatto si constata la diffusione di plurime modalità che parallelamente hanno agito e caratterizzato il coinvolgimento degli stakeholder nel processo e la relativa comunicazione di finalità e caratteristiche degli strumenti di governo clinico. In quasi tre aziende su quattro (73% del campione) sono stati realizzati degli incontri di presentazione del singolo strumento. Tali momenti sono stati alternativamente accompagnati dal loro inserimento nelle schede di budget (60%), da incontri tra MMG e specialisti per la verifica sulle modalità e le problematiche di applicazione (60%), condivisione tramite invio elettronico dei documenti tecnici relativi allo strumento adottato (60%) e da incontri periodici di formazione (60% - perlopiù rivolti a MMG).

2.3.4 Meccanismi per rafforzare l'efficacia e il percepito delle aziende sull'efficacia attuale degli strumenti di governo clinico

Strettamente collegati all'esito del monitoraggio (la cui propensione da parte delle aziende campionate è stata osservata in precedenza – si veda la *Figura 18*), gli strumenti finalizzati a rafforzare l'efficacia degli strumenti di governo clinico possono essere diversi e di varia natura. In particolare, è possibile notare che con riferimento alla gestione del diabete, sono diversi i meccanismi utilizzati. Su tutti, la formazione per patologia per gli MMG (73% del totale delle aziende del campione), incontri periodici tra MMG e referenti dell'Azienda (63%) e aggiornamento periodico PDTA sulla base delle evidenze cliniche (63%). Guardando alle neoplasie, la tendenza osservata è quella di orientare i comportamenti verso l'aggiornamento periodico dei PDTA (53%), programmi di screening (47%) e presa in carico post-dimissione per i pazienti «critici» (40%). Per quanto riguarda la gestione dello scompenso cardiaco, l'attenzione è perlopiù rivolta a incontri periodici tra MMG e funzionari dell'Azienda (40%) e presa in carico post-dimissione per i pazienti «critici» (40%). Coerentemente alla contenuta diffusione degli strumenti, anche i meccanismi per rafforzarne l'efficacia fanno segnare valori decisamente contenuti e non rilevanti per obesità e ipertensione arteriosa. Come in parte appena osservato, i meccanismi genericamente più diffusi fanno riferimento alla figura del MMG, sia in termini di formazione sulla singola patologia sia in relazione a momenti di confronto periodico con i referenti aziendali. Risultano, infine, scarsamente utilizzati gli incentivi economici, che caratterizzano la sola gestione del diabete e in sole 4 aziende del campione.

In relazione a quest'ultimo punto, curioso osservare come precedenti indagini (vedi Borroni et al., 2012) avessero mostrato la rilevanza assegnata agli incentivi economici come principali meccanismi per rafforzare l'efficacia degli strumenti di governo clinico. Tale evidenza potrebbe suggerire che l'acquisita consapevolezza, la crescente diffusione di questi strumenti e una prassi maggiormente consolidata rispetto al passato possano aver contribuito a ridurre il ricorso a forme di incentivazione di natura economica. Sotto il profilo dell'efficacia e della qualità espressa dagli strumenti di governo clinico, è stato infine chiesto ai referenti delle aziende rispondenti di esprimere un giudizio self-reported rispetto alle dimensioni di analisi riportate nella Tabella 2: si fa in particolare riferimento alla percezione rispetto a (i) livello di copertura del bisogno effettivamente presente sul territorio, (ii) soddisfazione del paziente e (iii) maggiore adeguatezza degli strumenti di governo clinico rispetto alla modalità di presa in carico antecedente alla loro introduzione. Guardando alla percezione espressa sulla copertura del bisogno, si osservano comunque valori medi contenuti anche per gestione del diabete, dello scompenso cardiaco e delle neoplasie. Se si guarda alla soddisfazione del paziente, invece, per le

Sono diversi i meccanismi utilizzati per migliorare l'efficacia del governo clinico.

tre patologie croniche appena menzionate si registrano valori medi tendenzialmente elevati (rispettivamente 5,3 su 7; 4,9; 5,4). Molto interessante notare come emerga una diffusa convinzione sulle migliori apportate dall'introduzione di strumenti di governo clinico alla generale presa in carico del paziente cronico, con valori medi decisamente elevati osservati su diabete (5,5), scompenso cardiaco (5,6) e neoplasie (6,0).

Tabella 2. Il percepito dei referenti aziendali su tre dimensioni di valutazione degli strumenti indagati

	Copertura del bisogno			Soddisfazione del paziente			Maggiore adeguatezza del passato		
	Min.	Max.	IC 95%	Min.	Max.	IC 95%	Min.	Max.	IC 95%
Diabete	1	6	4,4 ± 0,9	4	7	5,3 ± 0,6	2	7	5,5 ± 1,0
Ipertensione arteriosa	1	4	3,0 ± 1,1	1	6	4,0 ± 1,8	1	7	4,7 ± 3,0
Scompenso cardiaco	1	7	4,2 ± 0,9	3	6	4,9 ± 0,7	4	7	5,6 ± 0,8
Obesità	1	6	3,0 ± 2,4	1	6	3,5 ± 3,5	3	6	4,5 ± 2,1
Neoplasie	1	7	5,0 ± 1,0	4	6	5,4 ± 0,9	4	7	6,0 ± 0,7

Fonte: Indagine CERGAS SDA Bocconi 2018

Note: Ai rispondenti è stata sottoposta una Scala Likert 1-7, dove 1 è il punteggio più modesto assegnabile ai singoli item di risposta, mentre 7 il punteggio più elevato

Conclusioni

La ricerca CeRGAS – SDA Bocconi ha innanzitutto confermato la centralità degli strumenti di governo clinico nell'ambito delle politiche regionali e aziendali. Percorsi e protocolli specifici relativi alle patologie tradizionalmente prese in carico sul territorio, di profilo più sanitario (diabete, ipertensione, scompenso), sono ormai largamente diffusi. Lo sforzo nell'elaborazione e introduzione degli strumenti è trainato dalle Regioni e dalle Aziende, ma gli stakeholder coinvolti in questi processi sono molteplici. I MMG, in quanto personale convenzionato, sono gli attori più presenti ed in grado di influire su tipologia, caratteristiche, capacità di impatto ed economicità degli strumenti introdotti. Da questo punto di vista, la rilevazione conferma la persistente centralità dei sindacati dei Medici che contraddistingue le tre fasi di contrattazione. Le rappresentanze hanno la funzione di coinvolgere attivamente i MMG, una categoria indispensabile per garantire l'efficacia di qualsiasi meccanismo che abbia la pretesa di modificare i processi di cura nel mondo delle Cure Primarie. Tuttavia, la prevalenza della componente sindacale della professione, più frequentemente coinvolta e più in grado di incidere rispetto ad altre rappresentanze (associazionismo, società scientifiche) rischia di focalizzare eccessivamente la negoziazione su aspetti prevalentemente contrattualistici. Gli strumenti di monitoraggio utilizzati fanno soprattutto riferimento a dati sul numero e l'aderenza dai pazienti reclutati, mentre il livello di monitoraggio dell'outcome e dei livelli di soddisfazione dei pazienti è in generale scarso. Bisogna riconoscere che il monitoraggio dell'esito clinico è un'attività che presenta aspetti di criticità: la responsabilità del singolo professionista nei confronti allo stato di salute del paziente è spesso facilmente questionabile. Tuttavia, parlando di strumenti che, sebbene parzialmente, dovrebbero ricollegarsi alle logiche di *pay for performance*, l'introduzione della dimensione dell'efficacia del processo di cura appare indispensabile. Il rischio è di alimentare la discrepanza tra contenuto degli strumenti e contenuto dei sistemi di monitoraggio, fino ad inficiare l'impatto degli strumenti stessi.

Nonostante la ricerca si sia concentrata sul livello aziendale, il ruolo della Regione si è confermato come cruciale. In particolare, l'efficacia dell'introduzione di strumenti di governo clinico a livello locale può essere notevolmente facilitata se il livello regionale decide di investire sul versante della presa in carico territoriale della cronicità. Si può citare, ad esempio, la presenza di indicazioni precise (o di veri e propri PDTA) sulle patologie da porre al centro dell'attenzione, oppure l'elaborazione di più ampie politiche per la riorganizzazione dei servizi territoriali (si pensi alle Case della Salute emiliano - romagnole o toscane, oppure a modelli di presa in carico come il Chronic Care Model toscano).

Bibliografia

Allman-Farinelli MA, Chey T, Bauman AE, Gill T, James WP (2008) Age, period and birth cohort effects on prevalence of overweight and obesity in Australian adults from 1990 to 2000. *Eur J Clin Nutr* 62: 898-907.

Armeni A., Bertolani A., Costa F. (2017), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2017*, Egea, Milano.

Atella V., Kopinska J., Medea G., Belotti F., Tosti V., Piano Mortari A., Cricelli C., Fontana L., (2015). Excess body weight increases the burden of age-associated chronic diseases and their associated health care expenditures, *Aging*, Vol. 7 No.10.

Atella V., Belotti F., Cincotti F., Kopinska J. e A. Piano Mortari (2016). "Crisi economica, diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari ed effetti sulla salute delle persone in Italia", in *Il Sistema Sanitario in controluce – Rapporto Farmafactoring 2016*.

Atella V., Belotti F., Cincotti F., Kopinska J., Palma A., e A. Piano Mortari (2016). "La salute nel ciclo di vita della popolazione: come sta cambiando e come si può intervenire", in *Il Sistema Sanitario in controluce – Rapporto Farmafactoring 2016*.

Bharadwaj P, Johansen JV, Loken KV. (2014) Smoking Bans, Maternal Smoking and Birth Outcomes. *Journal of Public Economics*, 115: 72-93.

Breslow, L. (2004). Perspectives: The third revolution in health. *Annual Review of Public Health* 25, xiii-xviii.

Breslow L. Health measurement in the third era of health. *American Journal of Public Health*. 2006;96(1):17-19.

Borgonovi E., Lecci F., Ricci A., Salvatore D. (2012), *Il Rapporto Sanitario in Controluce – edizione 2012*, Franco Angeli, Milano.

Carlson K. 2015. Fear Itself: the effects of distressing economic news on birth outcomes. *Journal of Health Economics*, 41: 117-132.

Catalano, R.F., Fagan, A.A., Gavin, L.E., Greenberg, M.T., Irwin, C.E., Ross, D.A., Shek, D.T.: Worldwide application of prevention science in adolescent health. *The Lancet*. 379, 1653-1664 (2012).

Coe, C. L., & Lubach, G.R. (2003). Critical periods of special health relevance for psychoneuroimmunology. *Brain, Behavior and Immunity*, 17, 3-12.

Crimmins, Eileen M., Finch, Caleb E., 2006. Infection, inflammation, height, and longevity. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 103 (2), 498-503.

Cutler, David M., Miller, Grant, Norton, Douglas M., 2007. Evidence on early-life income and late- life health from America's Dust Bowl era. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 104 (33), 13244-13249.

Dipartimento delle Politiche Antidroga (2017), *Relazione Annuale al Parlamento 2017 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*. Roma.

EMCDDA (2016), European Drug Report 2016: Trends and Developments, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

EUROSTAT (2016). Eurostat regional yearbook 2016, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016.

Fattore G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, EGEA, Milano.

Fontaine K.R., Redden D.T., Wang C., Westfall A.O., Allison D.B. (2003) Years of life lost due to obesity, *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 289(2): 187–193.

Forouzanfar, M.H. et al. (2016), "Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015", *The Lancet*, Vol. 388, pp. 1659–1724.

Hanson (Eds.), *Developmental origins of health and disease* (pp. 33–50). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Hu Z., Yuan X., Rao K., Zheng Z., Hu S. (2014), National trend in congenital heart disease mortality in China during 2003 to 2010: A population-based study. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, Volume 148, Issue 2, 596 - 602.e1

Hulsegge G., Susan H., Picavet J., Blokstra A., Nooyens A.C.J., Spijkerman A.M.W., Tvan der Schouw Y.T., Smit H.A., Verschuren W.M.M. (2013). Today's adult generations are less healthy than their predecessors: generation shifts in metabolic risk factors: the Doetinchem Cohort Study. *European Journal of Preventive Cardiology*. Vol 21, Issue 9, pp. 1134 - 1144.

ISTAT. La vita quotidiana nel 1993-2012. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 1993-2012.

ISTAT (2017), Previsioni della popolazione 2011-2065, disponibile online <http://demo.istat.it>, ultimo accesso 22/05/2018.

ISTAT (2017), *Multiscopo sulle famiglie: Aspetti della vita quotidiana - parte generale*, disponibile online <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=15445>.

King DE, Matheson E, Chirina S, Shankar A, Broman-Fulks J (2013) The status of baby boomers' health in the United States: the healthiest generation? *JAMA Intern Med* 173: 385–386.

Knight, J. (2012), "Physical Inactivity: Associated Diseases and Disorders", *Annals of Clinical and Laboratory Science*, Vol. 42, No. 3, pp. 320–337.

Lee JM, Pilli S, Gebremariam A, Keirns CC, Davis MM, et al. (2010) Getting heavier, younger: Trajectories of obesity over the life course. *International Journal of Obesity* 34: 614–623.

Li, J., Li, B., Zhang, F., and Sun, Y. (2017). Urban and rural stroke mortality rates in China between 1988 and 2013: An age-period-cohort analysis. *The Journal of International Medical Research*, 45(2), 680–690.

Lin, Ming-Jen, Liu, Jin-Tan, 2009. Do lower birth weight babies have lower grades? twin fixed effect and instrumental variable evidence from Taiwan. *Social Science & Medicine* 68 (10), 1780–1787.

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T.A., Taylor, S.: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*. 372, 1661–1669 (2008).

Martin, L.G. and Schoeni R.F. (2014). Trends in disability and related chronic conditions among the forty-and-over population: 1997–2010. *Disability and Health Journal*, Volume 7, Issue 1, S4 - S14.

Mathers C.D., Bernard C., Iburg K.M., Inoue M., Fat D.M., Shibuya K., Stein C., Tomijima N., Xu H. (2003), *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*, Geneva, World Health Organization [GPE discussion paper No. 54]. Disponibile online <http://www.who.int/healthinfo/paper54.pdf>.

Ministero della Salute (2016), *Piano Nazionale della Cronicità*, disponibile online: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf. OCSE, *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*, ISBN: 978-92-64-06367-9 (print), 2010.

OCSE, *Health at a glance: Europe 2015*, OECD Paris, 2015.

Pew Research Center, September, 2015, “The Whys and Hows of Generations Research”.

Pilkington R, Taylor AW, Hugo G, Wittert G (2014) Are Baby Boomers Healthier than Generation X? A Profile of Australia’s Working Generations Using National Health Survey Data. *PLoS ONE* 9(3): e93087. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0093087>.

Rice NE, Lang IA, Henley W, Melzer D (2010) Baby boomers nearing retirement: the healthiest generation? *Rejuvenation Res* 13: 105–114.

Robinson WR, Utz RL, Keyes KM, Martin CL, Yang Y (2013) Birth cohort effects on abdominal obesity in the United States: the Silent Generation, Baby Boomers and Generation X. *Int J Obes (Lond)* 37: 1129–1134.

Suhrcke M., Nugent R.A., Stuckler D., Rocco L., (2006), *Chronic disease: An economic perspective* (with annex). London, Oxford Health Alliance.

WHO (2017), *Noncommunicable diseases – Key Facts*, disponibile online <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

Numeri precedenti

- 01.2012 Il futuro del SSN tra sfide da vincere e inefficienze da eliminare
- 01.2013 La Spesa Sanitaria in tempi di *Spending Review*: il quadro di sintesi dei prossimi anni
- 02.2013 Sanità e salute: la variabile generazionale
- 03.2013 Compartecipazione alla Spesa Sanitaria e salute dei pazienti
- 01.2014 La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN
- 02.2014 I conti della sanità: consuntivi e prospettive future
- 03.2014 I trend di spesa in sanità: il ruolo dei prezzi
- 04.2014 Le sfide del welfare nell'Italia che invecchia: welfare state e welfare society
- 01.2015 Crisi economica, diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari ed effetti sulla salute delle persone in Italia
- 02.2015 Efficacia dei meccanismi di compartecipazione sulla spesa sanitaria: le differenze regionali e gli effetti in termini di salute e spesa sanitaria
- 03.2015 I conti della sanità in Italia: consuntivi e prospettive future
- 04.2015 Healthy and active aging e le politiche di LTC in Italia
- 01.2016 La struttura dei costi della sanità in Italia: analisi dei trend e dei differenziali regionali (2004-11)
- 02.2016 La gestione del rischio in sanità: il ruolo dell'organizzazione
- 03.2016 Alla difficile caccia della inappropriata
- 04.2016 I conti della sanità: consuntivi del 2015 e prospettive future
- 01.2017 La salute nel ciclo di vita della popolazione: come sta cambiando e come si può intervenire
- 02.2017 Il Servizio Sanitario Nazionale: un sistema voluto dagli Italiani, ma bisognoso di profonde modifiche
- 03.2017 I conti della sanità: consuntivi del 2016 e prospettive future
- 04.2017 La salute dei migranti in Italia: alcune riflessioni ed evidenze
- 01.2018 La salute nel ciclo di vita della popolazione: la salute dei giovani italiani
- 02.2018 L'allocazione delle risorse in sanità: la situazione in Italia
- 03.2018 Le criticità finanziarie dei comuni italiani: un'analisi ricostruttiva
- 04.2018 I conti della sanità: consuntivi del 2017 e prospettive future
- 05.2018 I costi delle nuove tecnologie sanitarie

Progetto grafico:
ideogramma.it

Stampa:
Italgraf

Le conclusioni riportate nei Quaderni sono quelle espresse dagli autori e non coinvolgono in nessun modo la responsabilità della Fondazione.

Fondazione Farmafactoring

Via Domenichino 5 - 20149 Milano

Tel. 02.49905204

Via Bertoloni, 1/E int. F - 00197 Roma

Tel. 06.8091391 - fax 06.80913941

info@fondazionefarmafactoring.it

fondazionefarmafactoring.it