



FONDAZIONE  
FARMAFACTURING

01.2017

I Quaderni della Fondazione Farmafactoring

La salute nel ciclo di vita della popolazione:  
come sta cambiando e come si può intervenire

Autori

**Vincenzo Atella, Federico Belotti, Felice Cincotti, Giovanni Fosti,  
Alessandro Furnari, Joanna Kopinska, Francesca Lecci,  
Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola, Alessandro Palma  
e Andrea Piano Mortari.**

Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring  
**V. Atella**

## Introduzione

*L'aspettativa di vita degli anziani è progressivamente aumentata negli ultimi decenni e questo trend continuerà nei prossimi anni. In particolare, il programma Europa 2020 si pone come obiettivo quello di aumentare il numero di anni di vita in buona salute di 24 mesi entro il 2020. Il mondo sta quindi invecchiando e questa è una buona notizia. Purtroppo, l'allungamento della vita di cui abbiamo beneficiato non è sempre accompagnato da una buona salute. Il costo e la prevalenza delle malattie croniche sono in aumento tra gli anziani, così come la disabilità grave, con pesanti conseguenze per la sostenibilità del sistema: un mondo che oggi è appena in grado di soddisfare le esigenze sanitarie della sua attuale popolazione si troverà nei prossimi anni a dover affrontare e soddisfare i bisogni sanitari di centinaia di milioni di persone anziane.*

*La combinazione di debito pubblico, disoccupazione, globalizzazione, invecchiamento demografico e aumento dei prezzi delle case cui abbiamo assistito negli ultimi 20 anni ha ridotto i livelli e il potere di acquisto dei redditi e le prospettive di milioni di giovani in tutto il mondo sviluppato, con conseguenze senza precedenti per la disuguaglianza tra le generazioni. Per la prima volta nella storia dei paesi industrializzati, con l'eccezione dei periodi di guerra, i redditi dei giovani adulti si sono ridotti rispetto al resto della società. In Italia le famiglie sotto i 35 anni sono diventate più povere di quelle dei pensionati sotto gli 80 anni. Se si accetta l'ipotesi che il tasso di morbilità e la speranza di vita sono indicatori influenzati da fattori quali l'occupazione, il reddito e l'accesso all'assistenza sanitaria, è evidente che in termini dinamici lo stato di salute di questa coorte di giovani individui avrà ripercussioni importanti sul futuro stato di salute medio dell'intera popolazione e sulla spesa sanitaria nel suo complesso. L'organizzazione e la gestione di questi fenomeni rappresenteranno la vera sfida delle politiche sociali e sanitarie in Italia.*

*Nell'ambito del pluriennale impegno su attività di ricerca in ambito sanitario, e al fine di dare una risposta concreta a tali problemi, la Fondazione Farmafactoring ha deciso di avviare un progetto di ricerca triennale dal titolo "La salute nel ciclo di vita della popolazione: dinamiche in atto e prospettive future". L'adozione di un approccio generazionale ai temi della salute e della sanità conferisce all'analisi una caratteristica di innovatività, unica fino ad oggi in questo settore.*

*La ricerca, condotta in collaborazione con il CERGAS dell'Università Bocconi, sarà articolata lungo due direzioni:*

- 1. mettere in evidenza le eventuali differenze che esistono in Italia in termini di stato di salute lungo il ciclo di vita delle persone e per condizione socio-economica e come tali differenze sono cambiate negli ultimi decenni;*
- 2. fornire una stima dell'impatto economico che le nuove generazioni (in particolare la "Generazione X" e quella dei "Millennials") hanno avuto negli ultimi 15 anni sui costi della sanità;*
- 3. fornire una descrizione dell'organizzazione dei servizi sanitari regionali e della loro capacità di prendersi cura degli individui durante il loro ciclo di vita, guardando in particolare a cosa capita nell'età pediatrica-adolescenziale, in quella adulta e in quella anziana.*

*In questa prima parte sono presentati i risultati della ricerca dal titolo "I cambiamenti nella salute in Italia: gli effetti sulla silver generation". L'analisi è focalizzata sull'evoluzione dello stato di salute della popolazione italiana e sulla reale capacità del sistema sanitario di farsi carico dei bisogni che saranno espressi, indagando i contenuti e le caratteristiche della domanda di prestazioni sanitarie espressa dalla silver generation e gli associati profili d'offerta.*

*Le analisi condotte mostrano una tendenziale incapacità del sistema di farsi carico in maniera completa e appropriata dei bisogni sanitari espressi dall'attuale silver generation. Questo è un segnale che va letto e interpretato in prospettiva, poiché per il futuro le (attuali) generazioni più giovani potrebbero avere uno stato di salute peggiore quando entreranno a far parte della silver generation. Inoltre, ciò dovrebbe far ripensare a come i trend epidemiologici e di spesa dei prossimi anni potranno essere alterati rispetto alle stime istituzionali main-stream oggi disponibili.*

*Relativamente alla condizione dell'attuale silver generation, i risultati dicono che esiste una filiera della presa in carico di questi individui. Si parla di filiera per evidenziare come la risposta ai bisogni sanitari e assistenziali della silver generation passi attraverso una molteplicità di servizi, luoghi e istituzioni funzionali all'evolversi del bisogno, complementari nelle loro caratteristiche, ma anche "supplementari" nei potenziali vuoti di offerta del sistema pubblico. Compongono questa filiera ideale diversi setting, a intensità assistenziale crescente. A livello massimo si colloca l'ospedale per acuti; quindi l'ospedale con funzione di riabilitazione o lungodegenza post-acuta; la rete territoriale delle cure intermedie; la rete delle strutture residenziali e semiresidenziali sociosanitarie e sociali (su tutte, le Residenze Sanitarie Assistenziali o RSA); la casa d'origine con assistenza al domicilio tramite servizi di Assistenza Domiciliare Integrata, o ancora assistenza informale prestata da assistenti famigliari, più o meno formalizzate e più o meno specializzate. L'insieme di questi setting assistenziali rappresenta idealmente una rete a disposizione delle famiglie e degli anziani, i cui nodi dovrebbero attivarsi in modo differenziato a seconda dell'evolversi dei bisogni e alternandosi nel tempo. Le diverse Regioni definiscono nel loro insieme un panorama molto variegato ed eterogeneo in termini di geografia dell'offerta e copertura del bisogno, di cui la rete dei servizi sanitari rappresenta solo la punta dell'iceberg. Dall'elaborazione e interpretazione dei dati raccolti risulta un quadro di tendenziale incapacità del sistema di farsi carico in maniera completa e appropriata dei bisogni sanitari espressi dalla silver generation. Si confermano inoltre, a livello dei singoli SSR, livelli di straordinaria eterogeneità, che configurano, da un lato una ricognizione di molteplici modelli organizzativi e soluzioni operative per dare risposta ai bisogni sanitari della silver generation, mostrando, dall'altro, come i diversi SSR non siano ad oggi comparabili per quantità e qualità di presa in carico della popolazione anziana.*

## L'evoluzione dello stato di salute tra le generazioni<sup>1</sup>

L'obiettivo principale del sistema di welfare creato nel Regno Unito dopo la seconda guerra mondiale era fornire protezione sociale di base a tutti i cittadini nel loro ciclo di vita (dalla "culla alla tomba") (Beveridge Report, 1942). Il significato del termine "ciclo di vita" è duplice. In primo luogo, il termine "ciclo di vita" riflette un *continuum* di età in cui le esigenze di un individuo cambiano attraverso la vita, dal concepimento alla morte. In secondo luogo, il termine "ciclo di vita" si riferisce alle diverse fasi e agli eventi della vita attraverso cui un individuo o nucleo familiare passano, e che spesso impongono cambiamenti di status come, ad esempio, diventare vedova/o, madre/padre single, disoccupato, invalido, ecc.

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 spesso seguono cicli che sono influenzati da cambiamenti economici, sociali e spaziali - come la morte di un parente, un incidente, una perdita, il cambiamento del lavoro, la migrazione di alcuni membri della famiglia - che portano a cambiamenti importanti e che spesso richiedono una totale riprogrammazione della vita e delle aspettative.

Con questa prospettiva si può, quindi, capire meglio perché i fattori che contribuiscono alla vulnerabilità di una persona in tutto il suo ciclo di vita non sono solo quelli riguardanti l'età cronologica (e.g., bambini, giovani, adulti e anziani) e lo stadio di vita (e.g., studente, occupato/disoccupato, invalido, vedovo/a). 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 è, quindi, spesso trasmesso alla generazione successiva attraverso questi canali. Un altro modo per considerare il collegamento nell'evoluzione del ciclo di vita tra le generazioni - e tra il capofamiglia e i dipendenti - è di pensare, ad esempio, alla perdita di occupazione di un genitore che potrebbe portare un'intera famiglia in un nuovo e più vulnerabile ciclo di vita.

In quest'ottica, la combinazione di eventi sociali ed economici cui abbiamo assistito negli ultimi venti anni (globalizzazione, cambiamenti demografici, debito, disoccupazione e aumenti dei prezzi delle case), va considerato come un evento abbastanza unico e dirompente che ha colpito in modo diverso gli individui, secondo la fascia di età e le condizioni socio-economiche prevalenti in quel momento.

In particolare, questi eventi hanno ridotto i livelli e il potere di acquisto dei redditi e le prospettive di milioni di giovani in tutto il mondo sviluppato, con conseguenze senza precedenti per le disuguaglianze tra le generazioni. Un'indagine condotta dal *The Guardian* sulle

**La combinazione di eventi sociali ed economici cui abbiamo assistito negli ultimi venti anni va considerata come un evento abbastanza unico e dirompente che ha colpito in modo diverso gli individui, secondo la fascia di età e le condizioni socio-economiche prevalenti in quel momento.**

[1] Questa sezione del quaderno è stata curata da Vincenzo Atella, Federico Belotti, Felice Cincotti, Joanna Kopinska, Alessandro Palma e Andrea Piano Mortari. Tutti i dati riportati nel Quaderno si basano su informazioni disponibili alla data del 15 Dicembre 2016, quando lo stesso è stato completato.

prospettive dei *Millennials* - i nati tra il 1980 e la metà degli anni '90, altrimenti noti come Generazione Y - ha mostrato che essi sono tagliati fuori dalla ricchezza generata nelle società occidentali. Secondo i dati del *Luxembourg Income Study* (LIS), in sette principali economie in Nord America e in Europa, la crescita del reddito di una coppia tra i 20 e i 30 anni si colloca a livelli più bassi delle medie registrate negli ultimi 30 anni. Nel caso degli Stati Uniti e dell'Italia il reddito disponibile per i *Millennials* è di poco più alto in termini reali di quello di trenta anni fa, mentre il resto della popolazione ha sperimentato consistenti guadagni.

È la prima volta nella storia dei paesi industrializzati, con l'eccezione dei periodi di guerra, che i redditi dei giovani adulti si sono ridotti rispetto al resto della società. Per la prima volta in Francia, i nuovi pensionati hanno generato più reddito disponibile delle famiglie con a capo una persona sotto i 50 anni. In Italia le famiglie sotto i 35 anni sono diventate più povere di quelle di pensionati sotto gli 80 anni. Utilizzando i dati più recenti per gli Stati Uniti, nel bel mezzo della crisi nel 2013, una famiglia media con età inferiore a 30 anni aveva un reddito inferiore rispetto a una di età compresa tra 65 e 79 anni.

La combinazione di questi fattori può provocare forti cambiamenti nei cicli di vita delle generazioni, con effetti, in scala micro e macro, a oggi non ancora ben studiati e capiti. Seguendo questa linea di ragionamento, se si accetta l'ipotesi che i tassi di morbilità e la speranza di vita sono indicatori influenzati da fattori quali l'occupazione, il reddito e l'accesso all'assistenza sanitaria, è evidente che lo stato di salute di questa coorte di individui ne sarà influenzato, generando a sua volta ripercussioni importanti sul futuro stato di salute medio dell'intera popolazione e sulla spesa sanitaria nel suo complesso.

Obiettivo del presente quaderno è, quindi, quello di studiare e analizzare questi fenomeni e di capire se e in che modo i *trend* epidemiologici e di spesa dei prossimi anni potranno essere alterati rispetto alle stime *main-stream* istituzionali oggi disponibili. Nelle pagine che seguono, sono presentati i risultati di un'analisi empirica volta a capire la direzione di tali cambiamenti e i *trend* di alcuni di questi fattori attraverso le varie generazioni. Questo approccio generazionale conferisce all'analisi una caratteristica di innovatività unica fino ad oggi in questo settore.

**È la prima volta nella storia dei paesi industrializzati, con l'eccezione dei periodi di guerra, che i redditi dei giovani adulti si sono ridotti rispetto al resto della società.**

## 1.1 L'ipotesi di “double expansion of morbidity” (DEM)

Durante il secolo scorso lo sviluppo economico, il miglioramento delle condizioni ambientali in molte zone rurali, gli stili di vita migliorati, i progressi della sanità e della medicina (in particolare con la riduzione della mortalità infantile), hanno generato un continuo aumento della speranza di vita alla nascita in Europa, e in Italia in particolare. Questo processo è stato più continuo in Europa che in molte altre parti del mondo, ponendo oggi l'UE-28 tra i leader mondiali per l'aspettativa di vita. Negli ultimi 50 anni, l'aspettativa di vita alla nascita è aumentata di circa 10 anni (1 anno guadagnato ogni 5 vissuti), sia per gli uomini che per le donne. La speranza di vita alla nascita nella UE-28 è stata stimata in 80,9 anni nel 2014, raggiungendo 83,6 anni per le donne e 78,1 anni per gli uomini. Tra il 2002 (il primo anno per il quale sono disponibili per tutti gli Stati membri i dati) e il 2014, l'aspettativa di vita nella UE-28 è aumentata di 3,2 anni, da 77,7 a 80,9 anni (3,8 anni per le donne e 2,7 anni per gli uomini). Guardando al futuro, EUROSTAT prevede che l'aspettativa di vita continuerà ad aumentare nell'Unione europea nei prossimi decenni, per raggiungere 84,6 anni per i maschi e 89,1 per le femmine nel 2060.

Tuttavia, ora che le malattie croniche hanno sostituito le malattie infettive, e il rischio di ammalarsi non è solo legato al rischio di morire, un indicatore come quello della speranza di vita non è più in grado di fornire un quadro chiaro sullo stato di salute della popolazione (Riley, 1990). Infatti, con tassi di guarigione costanti o crescenti, se il rischio di morte diminuisce più del rischio di ammalarsi, il rischio di essere malati aumenta. In altre parole, la prevalenza delle malattie croniche nella popolazione può aumentare a causa di un allungamento dell'aspettativa di vita se la riduzione nei tassi di mortalità non è compensata da un'equivalente diminuzione dell'incidenza delle malattie croniche.

Quando negli anni '70 si dibatteva di queste tematiche, non esistevano dati a disposizione per poter valutare cosa esattamente stesse succedendo nella popolazione. In assenza di dati pertinenti sul cambiamento della morbilità, le relazioni che potevano esistere tra le variazioni di questi rischi e i tassi di mortalità sono state dibattute teoricamente, dando luogo a tre teorie prevalenti:

1. la prima prevedeva un miglioramento dello stato di salute a causa della “*compressione della morbilità*” e, quindi, si vive più a lungo e più in salute (Fries, 1980, 1989 e 2002; Hubert et al, 2002);
2. la seconda un peggioramento dello stato di salute dovuto a una “*espansione della morbilità*” e, quindi, si vive più a lungo, ma meno in salute (Gruenberg, 1977; Kramer, 1980; Olshansky et al, 1991);
3. la terza, un “*equilibrio dinamico*”, una sorta di *status quo* (Manton, 1982), dove, sebbene si registrino aumenti di prevalenza la mortalità cade in quanto gli stati prevalenti sono in media meno gravi.

Negli ultimi 50 anni, l'aspettativa di vita alla nascita è aumentata di circa 10 anni (1 anno guadagnato ogni 5 vissuti), sia per gli uomini che per le donne.

La verifica empirica di queste tre teorie richiede avere a disposizione informazioni circa la gravità degli stati di prevalenza o i livelli di disabilità. Infatti, sebbene le malattie croniche abbiano molte conseguenze diverse, le classificazioni internazionali, pongono la disabilità al centro di queste conseguenze.<sup>2</sup> La disabilità è, allo stesso tempo, un indicatore della gravità degli stati morbosi e un indicatore della qualità degli anni vissuti.

La ripartizione della speranza di vita in anni vissuti con o senza disabilità ha, quindi, fornito gli strumenti necessari per confermare quale delle tre teorie è quella più coerente con l'evidenza empirica. L'indicatore attualmente utilizzato è quello di *Healthy Life Years* (HLY) che è una misura della speranza di vita vissuta senza disabilità.

Sulla base delle informazioni disponibili, nella realtà dei paesi OCSE l'ipotesi che più rispecchia i *trend* odierni sembra essere quella della "espansione della morbidità", dove si osserva un'espansione delle prevalenze delle malattie croniche dovuta all'aumento dell'aspettativa di vita (vedi Figura 1). Negli Stati membri dell'UE, nel 2008-10 l'indicatore di HLY alla nascita era in media di 62,2 anni per le donne e 61,0 anni per gli uomini. Secondo Bardi e Pierini (2013), dal 2003 in molti paesi europei si è osservato un calo significativo nell'indicatore di HLY alla nascita, interrompendo quello che era stato un processo di crescita continuo fino a quel momento. Questo calo è stato particolarmente marcato in Italia, anche se riduzioni importanti in termini di HLY sono state registrate anche in Francia qualche anno dopo. A parte le differenze tra aree geografiche, differenze si notano anche nei trend di HLY tra i sessi: le donne, che vivono più a lungo, registrano spesso un numero di anni di vita in salute minore.<sup>3</sup>

Nel complesso, questi dati raccontano che nel mondo le persone vivono sempre più a lungo e ciò rappresenta una buona notizia. La brutta notizia, invece, è che l'allungamento della vita di cui abbiamo beneficiato fino ad oggi non è accompagnato da un pari allungamento degli anni di vita passati in buona salute. Quindi, se da un lato la longevità è da considerarsi senza dubbio un successo e una conquista per la società, portando anche innegabili benefici economici (Breyer et al., 2010), dall'altro lato, secondo molti autori, amplifica potenzialmente i rischi connessi all'incidenza delle malattie croniche in età avanzata, determinando un aumento della domanda di assistenza sanitaria di lungo periodo (Brugiavini, Padula e Pasini, 2010). Il costo e la prevalenza delle malattie croniche sono in aumento tra gli anziani, così come la disabilità grave, con notevoli conseguenze per la sostenibilità dei sistemi: un mondo che oggi sembra essere appena in grado di soddisfare le esigenze sanitarie della sua attuale popolazione si troverà nei prossimi anni a dover affrontare e soddisfare i bisogni sanitari di centinaia di milioni di persone anziane affette da disabilità (Atella et al., 2016).

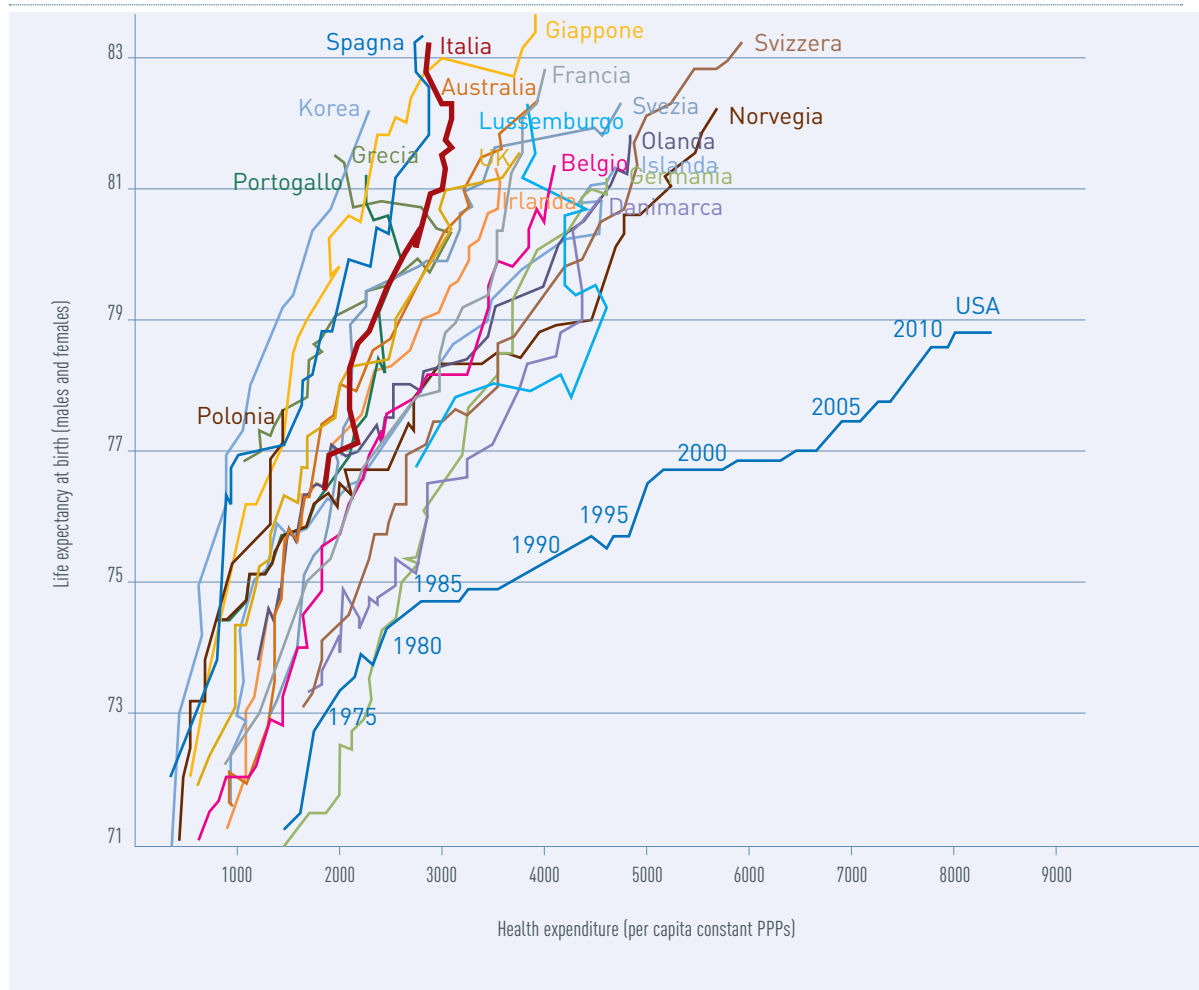
**L'allungamento della vita di cui abbiamo beneficiato fino ad oggi non è accompagnato da un pari allungamento degli anni di vita passati in buona salute.**

[2] Si fa riferimento alla Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Handicap (ICIDH) e alla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) (WHO, 1980 e 2001).

[3] A tal proposito, va ricordato che il programma Europa 2020 ha, però, come obiettivo prioritario quello di aumentare il numero di anni di vita in buona salute di 24 mesi entro il 2020.



Figura 1. Trend nell'aspettativa di vita e spesa sanitaria - OECD



Fonte: Nostre elaborazioni su dati Health Data OECD

Figura 2a. Numero di morti per causa e classe di età EU (1990,2000 e 2010)

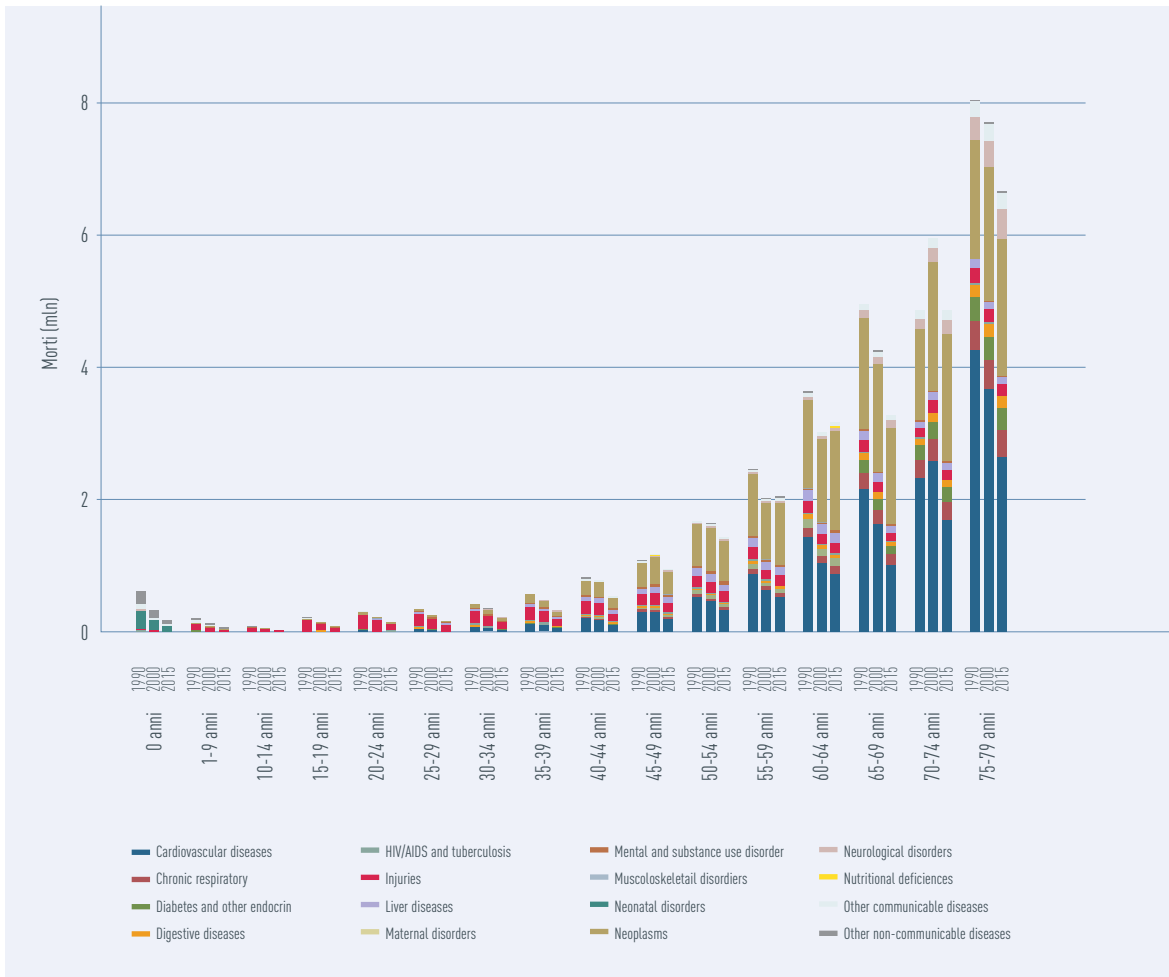
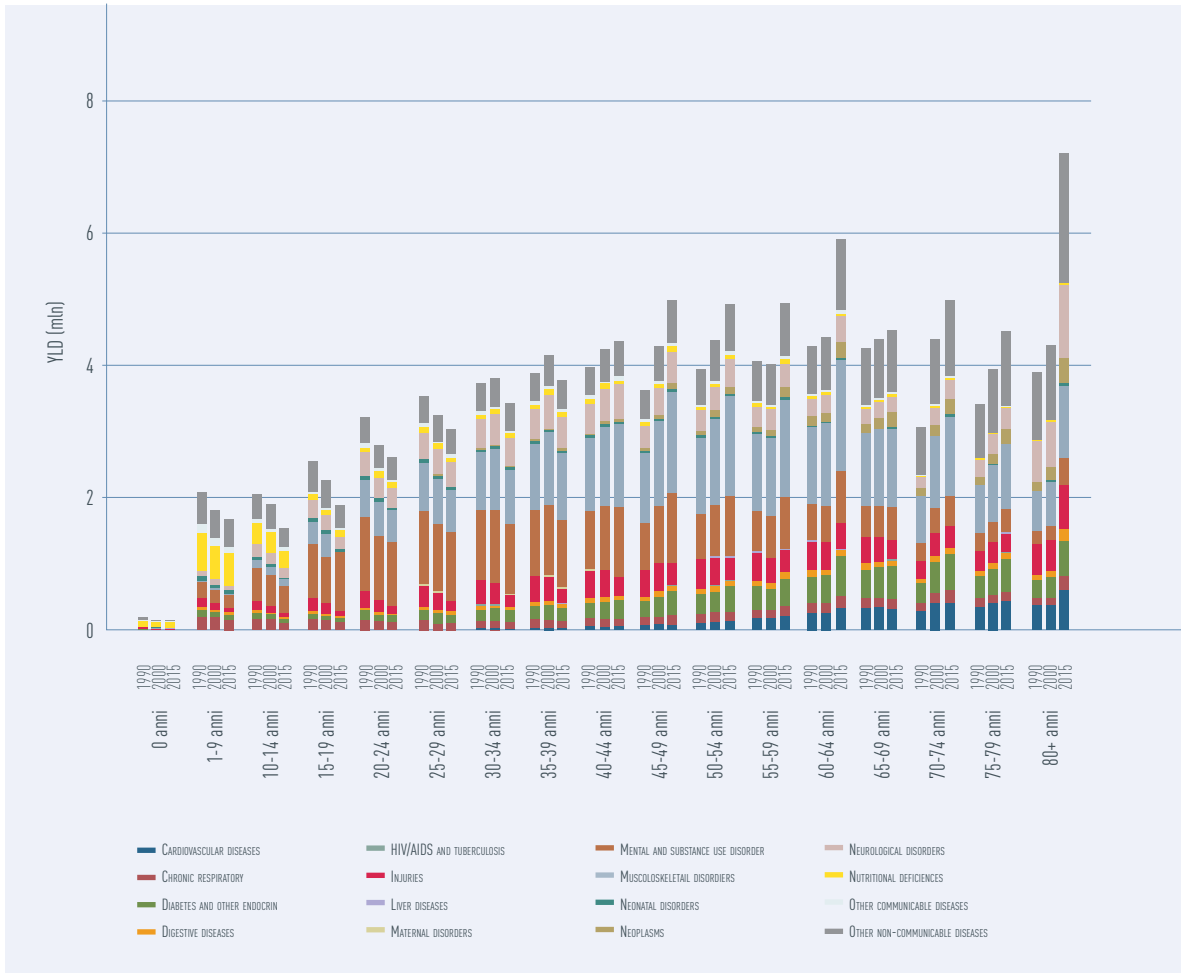


Figura 2b. Numero di anni con disabilità per causa e classe di età EU (1990, 2000 e 2010)



Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation - 2014

La *Figura 2* mostra in modo abbastanza chiaro cosa sia avvenuto nell'Unione Europea tra il 1990 ed il 2010 in termini di dinamica di mortalità e di anni di vita trascorsi con disabilità (YLD – *Years of Life with Disability*) per causa di morte e classe di età. Il primo grafico (2a) fa chiaramente vedere come negli ultimi venti anni il numero di morti si sia ridotto in modo costante e sostanziale per le classi di età fino a 65-69, ed è invece cresciuto per le classi di età superiori.<sup>4</sup> Questo fenomeno, che è il responsabile principale dell'allungamento dell'aspettativa di vita della popolazione, è stato reso possibile grazie al miglioramento delle tecnologie (di prodotto e di processo) e a migliori modelli di management in sanità. A fronte di questo aspetto positivo, il grafico 2b mostra un secondo aspetto più problematico. Infatti, nello stesso periodo il numero di YLDs è notevolmente aumentato, sia perché sono aumentati gli anni di vita passati con disabilità per le classi di età più anziane, sia perché le disabilità hanno cominciato ad aumentare anche tra le classi di età più giovani. In particolare, dal grafico si vede chiaramente come fino ai 30 anni il trend sia stato positivo, con una riduzione degli anni passati con disabilità; al contrario, dopo i 40 anni il trend è stato negativo con un aumento degli anni passati in disabilità. Nel mezzo c'è la classe di età dei trentenni, per i quali la situazione in media non è cambiata molto.

La letteratura esistente su quest'argomento ha messo in evidenza come fino al 1990 un aumento della speranza di vita sia stato accompagnato da un aumento del tempo vissuto senza disabilità (Cai e Lubitz 2007) o con limitazioni moderate (Graham et al. 2004), portando a immaginare che la teoria prevalente potesse essere quella dell'equilibrio dinamico. Fino ai primi anni 2000 sembrerebbe esserci stata una continuazione dell'equilibrio dinamico del 1990, con un'espansione emergente di alcune forme di disabilità grave solo in Europa e in altri paesi sviluppati (Cheung e Yip 2010, Galenkamp et al. 2012, Hashimoto et al. 2010).

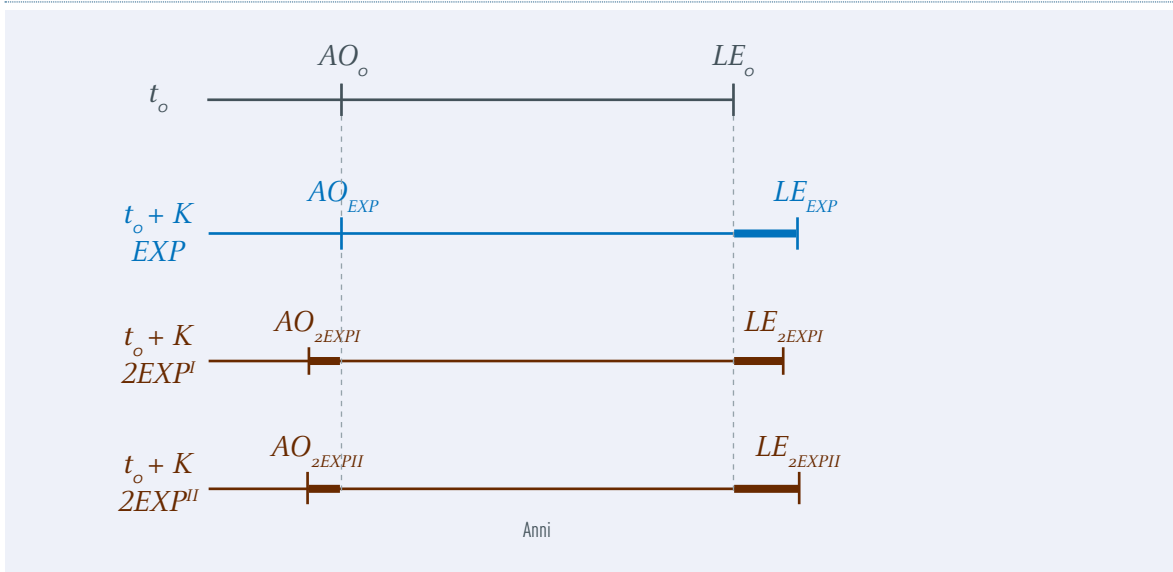
L'elemento di novità di questi grafici, rispetto all'interpretazione *standard* del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, è che negli ultimi 15 anni abbiamo assistito a un fenomeno di cambiamento epidemiologico in cui si nota sempre di più un'anticipazione dell'insorgenza delle patologie croniche tra le generazioni più giovani. Un fenomeno che dovrebbe portarci a riconsiderare l'idea che le nuove generazioni sono più sane rispetto a quelle più anziane e a immaginare una nuova teoria di evoluzione dello stato di salute della popolazione che definiremo "*Double Expansion of Morbidity*" (DEM), intesa come aumento della morbidità non solo nella direzione della popolazione più longeva, ma anche di quella più giovane. Graficamente tale ipotesi può essere rappresentata come in *Figura 3*. La prima linea fa riferimento a una situazione in cui al tempo  $k$  l'aspettativa di vita (LE) della popolazione assume il valore  $LE_0$  e il momento in cui in media la popolazione si ammala è rappresentata dal punto

**“Double Expansion of Morbidity” (DEM) è intesa come aumento della morbidità non solo nella direzione della popolazione più longeva, ma anche di quella più giovane.**

[4] In modo particolare è aumentato il numero di morti nella classe di età 80+, che non è riportata nel grafico poiché lo appiattirebbe di molto, non rendendo così facilmente leggibile il fenomeno. Per la classe di età 80+, il numero di morti è passato da poco meno di 2 milioni nel 1990 a circa 2,8 milioni nel 2010, con un aumento di circa il 30%, che è il più alto in assoluto tra tutte le classi di età in quel periodo.

AOO (*Average Onset*). La distanza tra LE e AO rappresenta il numero di anni trascorsi con almeno una patologia. Al tempo  $t+k$  è possibile osservare diversi scenari. Nel primo si assume che l'aspettativa di vita si allunghi fino al punto  $LE_{EXP}$  e la data dell'*average onset* non si sposti. Lo spostamento in avanti della LE significa che il tempo trascorso con almeno una patologia si allunga, dando così luogo all'ipotesi di "*Expansion of Morbidity*". Il secondo scenario ipotizza un peggioramento delle condizioni di salute della popolazione più giovane, che conseguentemente porta da un lato a un'anticipazione dell'AO e dall'altro a una minore crescita della LE rispetto allo scenario precedente. In questo caso è quindi possibile osservare il fenomeno della "*Double Expansion of Morbidity*" (DEM), con un aumento del numero di anni trascorsi con almeno una patologia. Infine, nell'ultimo scenario si ipotizza che grazie al progresso tecnologico, a parità di peggioramento dello stato di salute della popolazione più giovane, la LE cresce come nel primo scenario, aumentando ancora di più il numero di anni trascorsi con almeno una patologia.

**Figura 3.** La "*Double Expansion of Morbidity*" ipotesi: una rappresentazione grafica



Le pagine che seguono cercheranno di fornire una serie di evidenze per capire cosa esattamente sia accaduto negli ultimi 25 anni in Italia e cosa ci si aspetta di vedere in futuro, condizionatamente a ciò che è avvenuto in questi ultimi 25 anni.

## 1.2. Le determinanti dell'evoluzione dello stato di salute

Esiste inoltre un'ampia letteratura – economica, medica ed epidemiologica - che guarda a come *shock* di varia natura possono avere effetti eterogenei sullo stato di salute dei singoli individui che si trovano in diverse fasi della vita.

La prima e più importante causa è da ricercare nell'aumento del peso corporeo delle popolazioni. L'avanzamento delle tecnologie, gli investimenti in misure preventive, la migliore istruzione, i più alti redditi e i decrescenti tassi di fumo sembrano siano stati quasi del tutto controbilanciati dagli incrementi del peso corporeo. Negli USA (King et al. 2010) e in UK (Allman-Farinelli et al. 2008), la generazione delle persone nata subito dopo la guerra (*li baby boomers*), vanta maggiori tassi di obesità rispetto ai loro 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 1981 (*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.

I differenziali in termini di peso corporeo creano quindi delle disparità tra i pazienti in termini di stato di salute. Tali disparità sembrano aumentare nel corso del ciclo di vita fino a un'età di 50-60 anni, per poi restringersi. 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 degli individui, con i 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. Ciò comporta che per alcune fasce della popolazione l'insorgere di alcune patologie può essere notevolmente anticipato e, con esse, viene anticipato anche il ricorso ai servizi sanitari.

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. Da un lato, in termini di rischi legati all'alimentazione, una dieta povera, risultante

Gli effetti positivi dell'avanzamento delle tecnologie, degli investimenti in misure preventive, della migliore istruzione, dei più alti redditi e dei decrescenti tassi di fumo sembrano siano stati quasi del tutto controbilanciati dagli incrementi del peso corporeo.

sia dalla scarsità, sia dalla bassa qualità degli alimenti nei periodi iniziali della vita, 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, l'esposizione alla degradazione dell'ambiente - come inquinamento dell'aria, rumorosità, principi chimici, acque inquinate, riduzione degli spazi verdi, fumo e pesticidi - 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, Balbus et al., 2013).

Altra variabile importante per lo stato di salute sono le condizioni generali dell'economia. 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. La crescente insicurezza economica e le tensioni finanziarie hanno particolarmente colpito le famiglie a basso reddito e con bassi livelli d'istruzione. 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. A Dicembre 2013, si registravano oltre 46 milioni di disoccupati nell'area OCSE, 11,5 milioni in più rispetto a Luglio 2008. Il numero di persone disoccupate da più di un anno aveva raggiunto 16,5 milioni.

Questi cambiamenti hanno lasciato un forte segno in termini di salute psico-fisica delle persone. 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. La salute mentale è l'area più sensibile ai cambiamenti economici, con l'Unione europea che ha visto l'inversione del lungo trend del declino dei suicidi, con incrementi concentrati tra gli uomini in età lavorativa. Nei nuovi Stati membri dell'UE i suicidi hanno raggiunto il picco nel 2009 e sono rimasti a livelli elevati nel 2010. In Inghilterra è stata confermata la stretta relazione tra perdita del lavoro e livello di suicidi, mentre altre ricerche hanno trovato un'associazione tra il numero dei suicidi e il livello di disoccupazione o la paura di rimanere disoccupati.

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”.

Case e Deaton (2005) hanno mostrato come negli Stati Uniti, un individuo medio di 20 anni con reddito basso (quartile più basso della distribuzione del reddito familiare) di sesso maschile, riporta in media uno stato di salute simile a quello di un individuo maschio di 60 anni con un alto reddito (quartile superiore). A Glasgow, nel Regno Unito, l’aspettativa di vita di uomini nelle zone più svantaggiate è di 54 anni, contro gli 82 anni dei più abbienti (Hanlon et al. 2006). Nel recente studio di JAMA, Chetty et al. (2016) evidenziano la disuguaglianza 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 disuguaglianza 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 anno, mentre per il 5% più povero tale differenza è stata pressoché nulla.

Sulla base delle evidenze fin qui riportate, nelle pagine che seguono si cercherà di capire meglio se e in che modo negli ultimi anni la popolazione italiana ha sperimentato variazioni nello stato di salute in risposta ai cambiamenti economici e sociali e se tali variazioni sono state eterogenee tra le diverse generazioni.

### 1.3. Definizione e importanza delle generazioni

È possibile definire una generazione come un gruppo di persone nate nello stesso periodo e cresciute intorno allo stesso posto. Sebbene sia importante ricordare che a livello individuale ognuno è diverso, le analisi condotte a livello di generazioni possiedono un insieme di potenti “indizi” che mostrano dove comincia il collegamento con altre generazioni e come possono influenzare le persone di età diverse. I cosiddetti *Generation-shaping trends* sono andamenti che caratterizzano in modo univoco le persone di una stessa generazione man mano che queste invecchiano, il che significa che i membri di una particolare generazione svilupperanno e condivideranno gli stessi valori, credenze e aspettative. La divisione delle coorti nelle generazioni segue un insieme di fattori legati agli eventi storici, demografici, attitudinali o culturali, che caratterizzano un determinato gruppo di nascite (Pew Research Center, September, 2015).

**La crescente  
insicurezza economica  
e le tensioni  
finanziarie hanno  
particolarmente  
colpito le famiglie  
a basso reddito  
e con bassi livelli  
d’istruzione.**



La generazione vivente più anziana è rappresentata dalla *Greatest generation*, formata dai nati prima del 1928, ovvero individui che nel 2014 avevano più di 86 anni, hanno combattuto le guerre mondiali e i tempi in cui sono cresciuti hanno spesso richiesto un forte senso di dovere e responsabilità civica.

A seguire c'è la *Silent generation*, composta da persone nate tra il 1928 e il 1945 (con un'età tra i 68 e gli 86 anni nel 2014). Il termine "silent" che caratterizza questa generazione deriva principalmente dall'aver dovuto sopportare nei primissimi anni di vita le conseguenze della guerra e della grande depressione.

I *Baby boomers* sono le 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 49 e i 67 anni nel 2014). Negli anni successivi la Seconda Guerra Mondiale molte nazioni occidentali hanno subito un picco di nascite man mano che si superavano le difficoltà economiche vissute in tempo di guerra. L'ultima coorte dei *Baby boomers*, 1964, invece coincide con una forte diminuzione di fertilità, anche a seguito dell'introduzione della pillola contraccettiva. Questa nuova generazione di *Baby boomer* ha sperimentato un livello senza precedenti di crescita economica e di prosperità durante tutto il suo ciclo di vita. Sono entrati nel mondo in un momento di relativa difficoltà, ma grazie all'istruzione di massa, a forti sussidi governativi, all'aumento dei prezzi degli immobili e ai miglioramenti tecnologici sono risultati essere una generazione benestante e di successo.

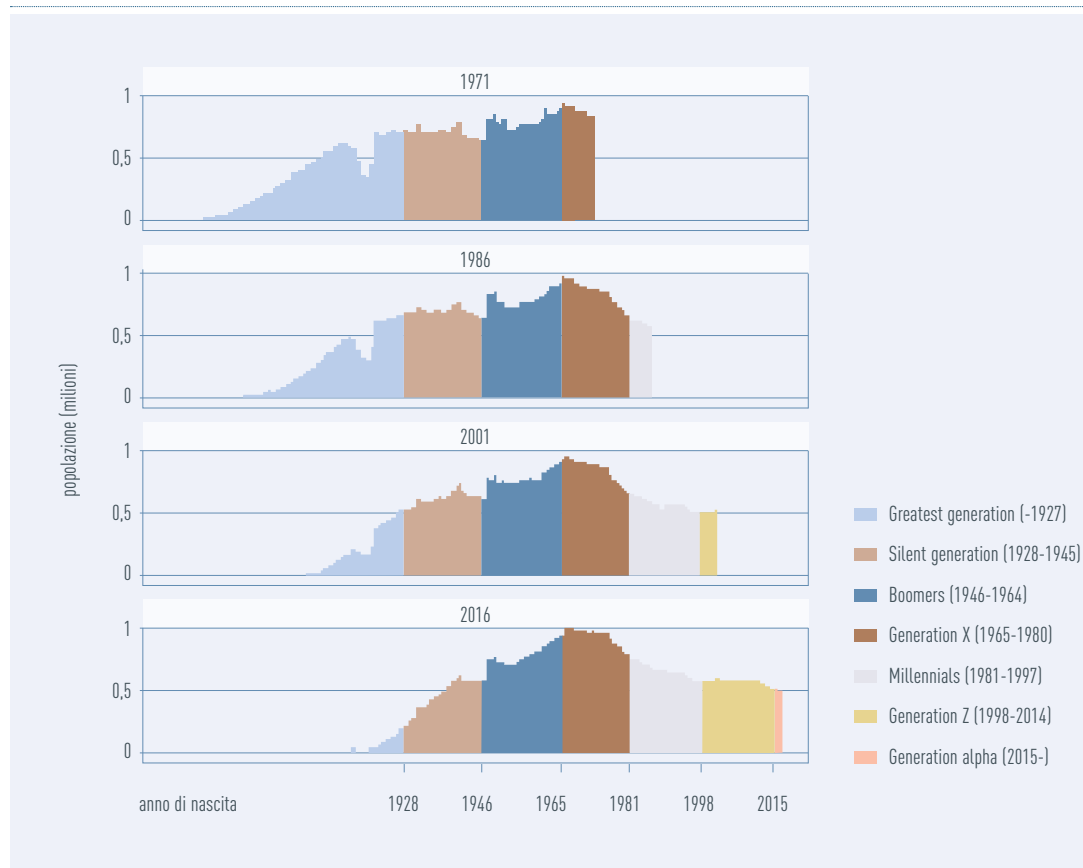
La generazione delle coorti nate dopo i *Baby boomers* è descritta come *Generazione X*, con le nascite registrate tra il 1965 e il 1980 (con un'età tra i 33 e i 48 anni nel 2014). In confronto con la generazione dei *Baby boomers*, il tasso di nascite nella *Generazione X* è stato sensibilmente più basso. La *Generazione X* è stata plasmata da eventi politici globali che si sono verificati durante la fase di giovinezza di questa generazione. Eventi come la guerra del Vietnam, la caduta del muro di Berlino, la fine della guerra fredda, e il governo Thatcher-era nel Regno Unito sono stati eventi che hanno contribuito a plasmare la cultura, l'educazione e l'apertura della *Generazione X*.

La generazione seguente è quella dei *Millennials*, i nati tra il 1981 e il 1997, con le prime nascite che sono entrate nella vita adulta nel nuovo millennio. I *Millennials* sono anche descritti con il termine *Generazione Y*. Principalmente, i *Millennials* sono rappresentati dai figli dei *Baby boomers*.

Infine, i successori dei *Millennials* sono definiti come la *Generazione Z* (nati dal 1998-2014) e sono rappresentati da bambini e adolescenti, in molti casi nipoti dei *Baby boomers*.

**Generation-shaping trends sono andamenti che caratterizzano in modo univoco le persone di una stessa generazione man mano che queste invecchiano.**

**Figura 5.** La piramide dell'età in Italia negli anni (1971-1986-2001-2016)



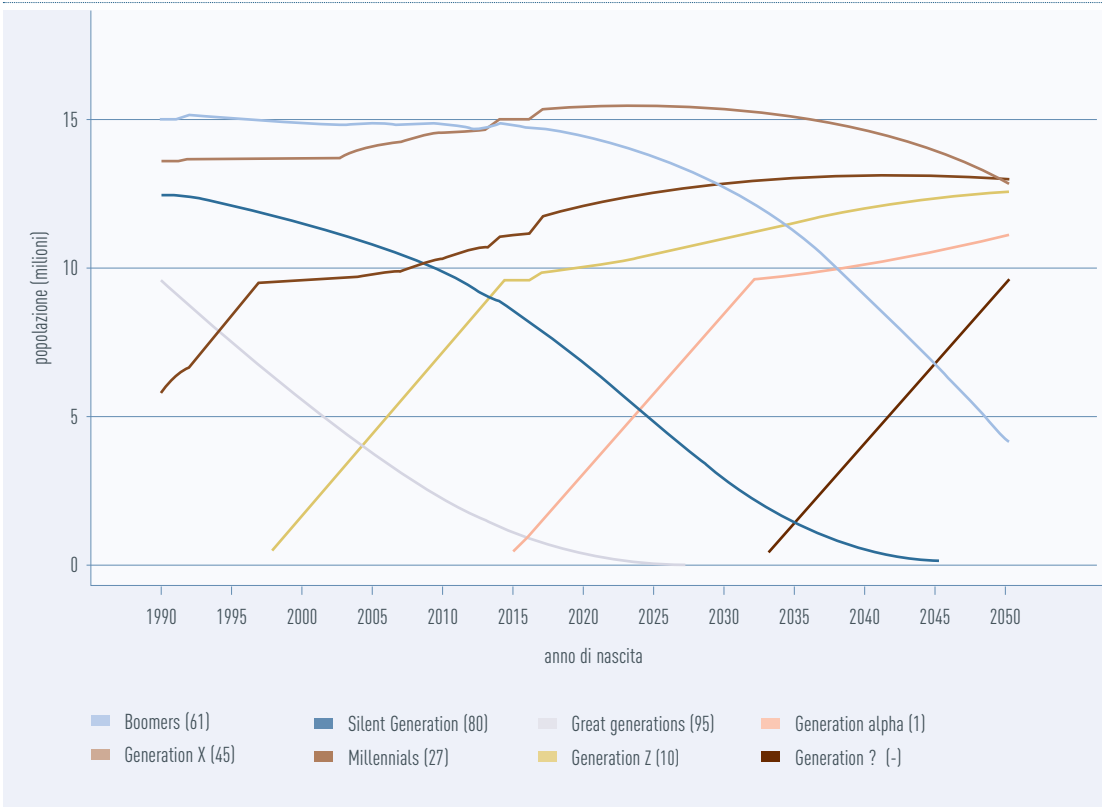
Fonte: Nostre elaborazioni su dati di popolazione ISTAT Demo, vari anni.

*Figura 5* descrive la composizione generazionale delle coorti in Italia fotografata dal 1971 al 2016 a distanza di 15 anni. Come si può notare, la forma della piramide demografica (non distinta per sesso) nel 1971 segue una struttura che indica una popolazione in relativa espansione, con un'elevata percentuale dei giovani, indicata dai *Baby boomers* e dalla Generazione X. Già nell'anno 1986 si osserva una contrazione, con la forma della piramide che evolve verso una struttura a trapezio, indicativa di una minore frazione dei giovani rispetto alla popolazione in età media. Tale *trend* è poi esacerbato nella fotografia del 2001 e del 2015, dove la forma del trapezio risulta sempre più evidente a causa dell'invecchiamento delle generazioni del *baby boom* e X. Parallelamente si nota una decrescente frazione dei più giovani e un incremento della densità della popolazione più anziana.

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 (vedi figura 5). 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, particolarmente di rilievo 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.

Lo sviluppo demografico in Italia, come in tanti paesi industrializzati, è stato caratterizzato dal forte aumento delle nascite dopo la II guerra mondiale.

Figura 6. Dimensione delle generazioni in Italia ed età media nel 2016 - 1990-2050



#### 1.4. Evoluzione delle condizioni economiche e della salute tra le generazioni

L'intervallo di tempo tra il 1990 ed 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. Agli inizi degli anni 90 in Europa ci sono state una serie di crisi valutarie che hanno portato alla chiusura del sistema di cambi fissi tra i paesi dell'EU, i sistemi di welfare sono andati 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*. Questa lista (non esauriente) degli eventi susseguitisi in questi 25 anni è forse la migliore testimonianza dello stress cui sono state sottoposte le nostre economie e chi in esse vi lavorava.

I *Millennials* rappresentano la generazione che ha sperimentato le condizioni economiche più dure in quel periodo del ciclo della vita che intorno ai 20-30 anni solitamente coincide con la conquista dell'indipendenza economica; questo periodo per i *Millennials* è coinciso con la più pesante crisi economica dalla seconda guerra mondiale. Infatti, dal punto di vista economico, i giovani di oggi affrontano condizioni di vita nettamente peggiori rispetto alle generazioni precedenti, che impattano negativamente su ogni scelta personale e finanziaria dei trentenni di oggi, con importanti effetti collaterali anche per la loro salute. Il termine NEET (*Not in Employment, Education or Training*) comincia a essere più frequentemente applicabile per descrivere tanti giovani nella situazione di totale inattività a livello occupazionale.

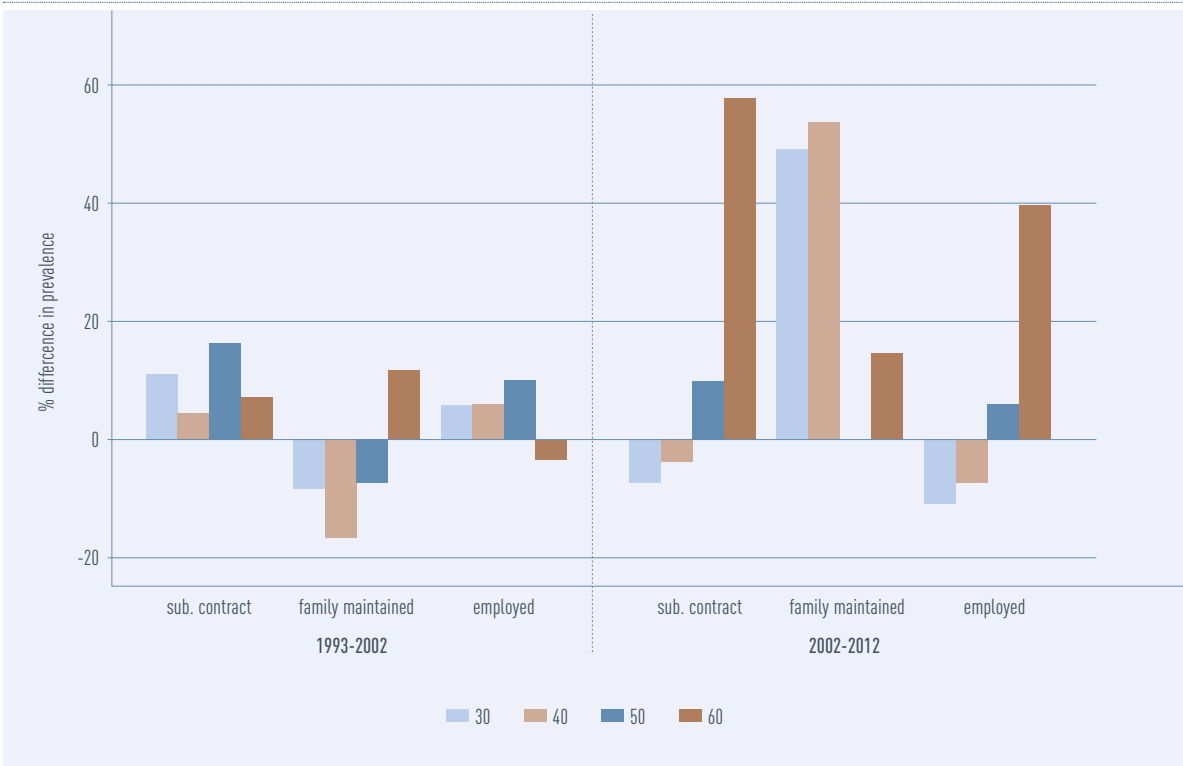
Le *figure 7a e 7b* mostrano chiaramente come in Italia alcuni importanti indicatori di condizione economica siano cambiati tra il 1993 ed il 2012 e come questo cambiamento sia stato eterogeneo tra sotto-periodi e generazioni. Ad esempio, nel periodo 2002-2012 l'occupazione tra i trentenni e i quarantenni presenta un *trend* decrescente e un andamento crescente per i 50 e 60enni. Nel periodo dal 1993 al 2002 la variazione era stata positiva, e pressoché uguale, per tutte le generazioni. Nello stesso periodo, tra i trentenni e i quarantenni, si nota uno stallo nella prevalenza di chi ha un contratto di lavoro dipendente, con un'inversione di tale trend per i cinquantenni e i sessantenni. Un andamento coerente si riflette nella prevalenza delle

I Millennials rappresentano la generazione che ha sperimentato le condizioni economiche più dure in quel periodo del ciclo della vita che intorno ai 20-30 anni solitamente coincide con la conquista dell'indipendenza economica.

coorti dei 30, 40 e 60enni mantenuti dalle loro famiglie: il loro numero sale drasticamente durante il periodo dell'analisi, che include l'inizio della crisi finanziaria.

In termini di soddisfazione economica, tutte le coorti hanno seguito un simile trend temporale, dove il grado di soddisfazione scende bruscamente tra il 2002 e il 2012, con le riduzioni più marcate per le coorti più giovani (30 e 40enni). Oltre alla soddisfazione economica, possiamo notare come la soddisfazione del lavoro a parità di età sia diminuita solamente per i 30enni, con il maggior incremento dei soddisfatti tra i 60enni.

**Figura 7a.** Variazioni nelle condizioni economiche per coorti e generazioni tra il 1993 e il 2012



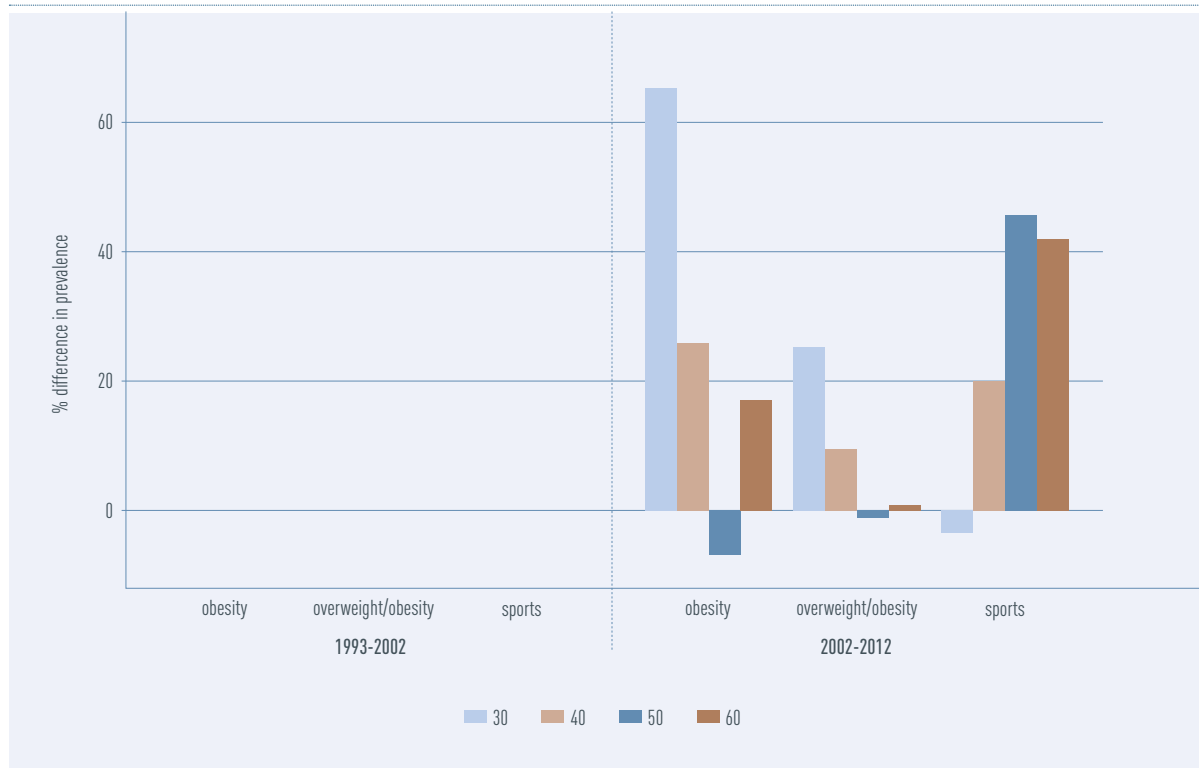
**Figura 7b.** Variazioni nelle condizioni economiche per coorti e generazioni tra il 1993 e il 2012



Fonte: Nostre elaborazioni su dati ISTAT - Indagine Aspetti della Vita Quotidiana (1993-2012)

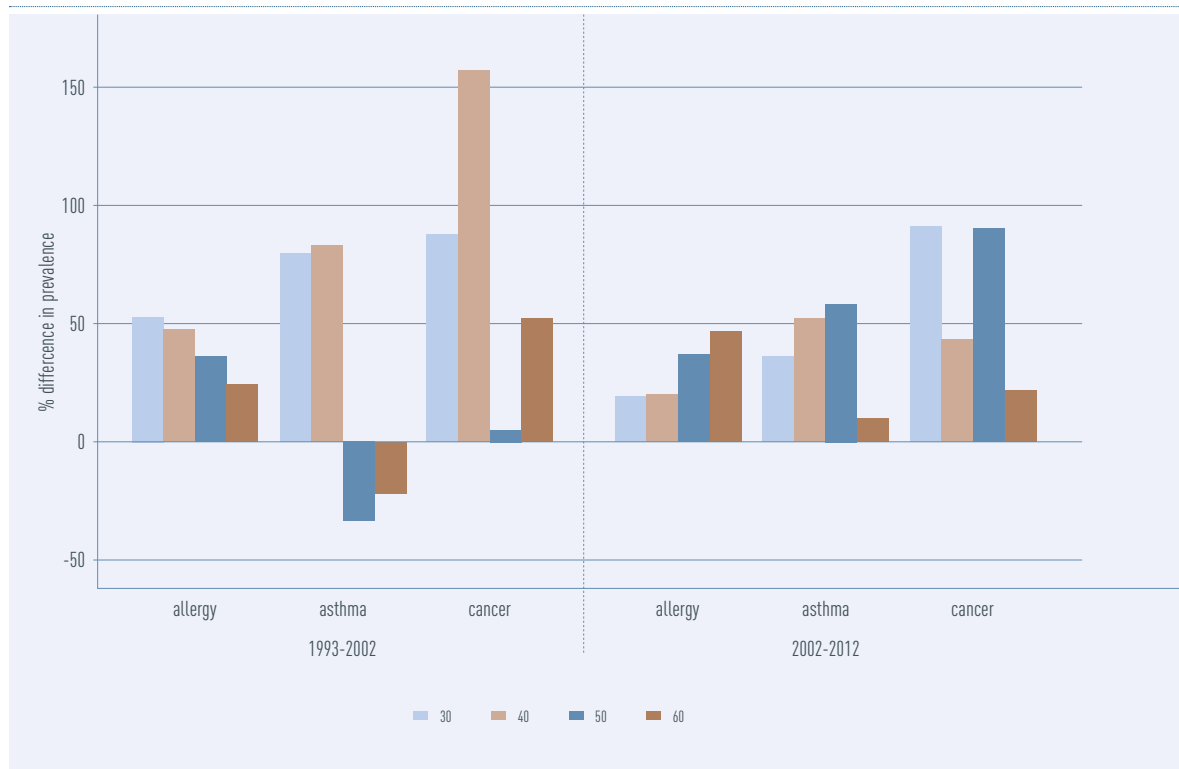
Per quanto riguarda la salute, la generazione dei giovani di oggi, dei *Millennials*, è cresciuta in un ambiente particolarmente inquinato, concentrato nelle aree urbane e industriali, con carenza di aree verdi. Secondo l'Agenzia Europea dell'Ambiente (EEA), nel periodo 1997-2008, dal 13 al 62% della popolazione urbana europea era potenzialmente esposta a concentrazioni di polveri fini nell'aria (PM10) al di sopra del valore limite imposto dall'UE per la tutela della salute umana (EEA, 2014). Inoltre, sin dalla nascita le coorti nate dopo il 1980 sono state maggiormente esposte a agenti chimici e a cibo altamente processato, che insieme ai cambiamenti nello stile di vita, può condurre a sostanziali incrementi nei tassi di prevalenza di alcune malattie croniche, come diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari, obesità o vari tipi di cancro, che già adesso costituiscono le maggiori cause di mortalità nei paesi sviluppati. Secondo Blumenthal e Warren (2014), negli USA i trentenni di oggi sembrano avere uno stato di salute peggiore di quello dei loro coetanei nelle generazioni precedenti, e i trend sembrano peggiorare.

**Figura 8a.** Variazioni nelle condizioni di salute per coorti e generazioni tra il 1993 e il 2012 (\*)



(\*) Per motivo di mancanza dei dati relativi al peso corporeo e all'attività fisica per il primo sotto-periodo dell'analisi, la figura riporta i dati solamente per il periodo 2002-2012.

Figura 8b.



Fonte: Nostre elaborazioni su dati ISTAT - Indagine Aspetti Vita Quotidiana (1993-2012)

La [Figura 8](#) riporta i risultati basati su dati aggregati “self-reported” di una serie di analisi condotte su alcuni importanti indicatori di condizione di salute, che mostrano come questi siano cambiati tra il 1993 ed il 2014 e come questo cambiamento sia stato eterogeneo tra sotto-periodi e generazioni. L'elemento che spicca maggiormente, e che accomuna quasi tutti gli indicatori, è il visibile peggioramento dello stato di salute nel sotto-periodo 2002-12, osservato in modo più marcato per i 30 e i 40enni.

Infatti, nella [Figura 8a](#) sono queste le due coorti che mostrano un aumento più marcato dei tassi di obesità e sovrappeso, con una diminuzione dell'attività fisica proprio per le fasce più giovani. Nella [Figura 8b](#) si osserva una relazione simile nel caso di individui con malattie cardiovascolari, (l'ipertensione, scompenso cardiaco e angina) e con diabete: anche in questo caso i trentenni e i quarantenni sono quelli che registrano nel secondo sotto-periodo gli aumenti maggiori. Infine, dalla [Figura 8c](#) notiamo come per gli stessi individui si registri



un incremento preoccupante delle problematiche asmatiche e dei tumori. Un andamento condiviso da tutte le età è invece quello delle allergie, con le variazioni più marcate nelle prevalenze per tutte le generazioni più anziane.

Le evidenze fino ad ora presentate si basano su indagini campionarie condotte dall'ISTAT e si basano su informazioni "auto-dichiarate" (*self-reported*) dagli individui. Tali dati possono quindi essere soggetti a un'importante dose di errore di misurazione, soprattutto in virtù di cambiamenti generali di comportamento e di attenzione rispetto ad alcuni temi, come quelli che accompagnano i cambiamenti socio-economici. Per validare questi risultati, in questo paragrafo le analisi sono replicate utilizzando dati contenuti nel *database* HS-SiSSI. Tali dati hanno una natura "oggettiva", essendo raccolti da medici di medicina generale. Il *database* SiSSI è ottenuto a partire da un progetto congiunto tra il CEIS Tor Vergata e la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG).<sup>5</sup> Pertanto, nelle pagine che seguono le *Figure 9a-9c* presentano i dati di prevalenza di alcune malattie croniche, a partire da dati oggettivamente raccolti dai medici di medicina generale.

[5] Una rete di oltre 1000 MMG, sparsi su tutto il territorio nazionale, ha aderito al progetto di informatizzazione delle cartelle cliniche dei loro pazienti, creando la possibilità di costruire, a partire dal 1998, un database della medicina generale con le informazioni cliniche relative ad oltre 1 milione e mezzo di assistiti. All'interno di questo gruppo, nel corso dell'anno 2014, ne sono stati individuati "migliori" 900 MMG, selezionati da tutto il territorio nazionale, sulla base della migliore qualità dell'informazione. La distribuzione territoriale degli assistibili di questi medici è analoga a quella della popolazione italiana adulta censita dall'ISTAT. La presente analisi si basa sui dati raccolti nella banca dati HS-SiSSI, costituita dalle cartelle cliniche anonimizzate di più di 1,2 milioni di pazienti trattati dai medici di medicina generale [Sessa et al. 2004]. Le informazioni registrate riguardano le informazioni demografiche, le informazioni cliniche (es. diagnosi, indagini di laboratorio con rispettivi valori, ricoveri, ecc.), i dati di prescrizione, i fattori di rischio ed i determinanti di salute (es. pressione arteriosa, BMI, fumo, ecc.). La qualità e consistenza dell'informazione è stata dimostrata attraverso numerosi studi di confronto con fonti di dati correnti o con indagini trasversali (es. Indagine multiscopo, OSMED) condotte su base nazionale.

**Figura 8c.** Condizioni di salute attraverso coorti e generazioni tra il 1993 e il 2012

Fonte: Nostre elaborazioni su dati ISTAT - Indagine Aspetti della Vita Quotidiana (1993-2012)

Per il periodo tra il 2002 e il 2014, le [Figure 9a-9c](#) riportano le differenze percentuali nelle variazioni delle prevalenze di alcune patologie croniche per diverse coorti di pazienti. Dall'analisi dei dati si vede chiaramente come su quasi tutte le patologie considerate, i 30enni e i 40enni di oggi, rispetto ai coetanei degli anni 2002, hanno visto aumentare le prevalenze in modo maggiore rispetto a quello delle coorti dei 50 e 60enni. Come si può notare nella [Figura 9a](#), l'indice di Charlson (che descrive il rischio complessivo in termini di salute derivante dalla presenza di co-morbidità), è aumentato in termini percentuali di più per i 30enni rispetto alle altre coorti/generazioni, mostrando quindi che un 30enne nel 2002 aveva un indice di Charlson più basso di quello del 2014 e, quindi, in termini relativi, il suo livello di salute è stato compromesso più che per i più anziani. Risultato simile lo si registra anche guardando la prevalenza degli individui con almeno una malattia cronica. Al contrario, per quanto riguarda le invalidità, le variazioni non sembrano essere diverse tra generazioni, sebbene si siano registrati tassi di crescita molto elevati. Differenze importanti tra

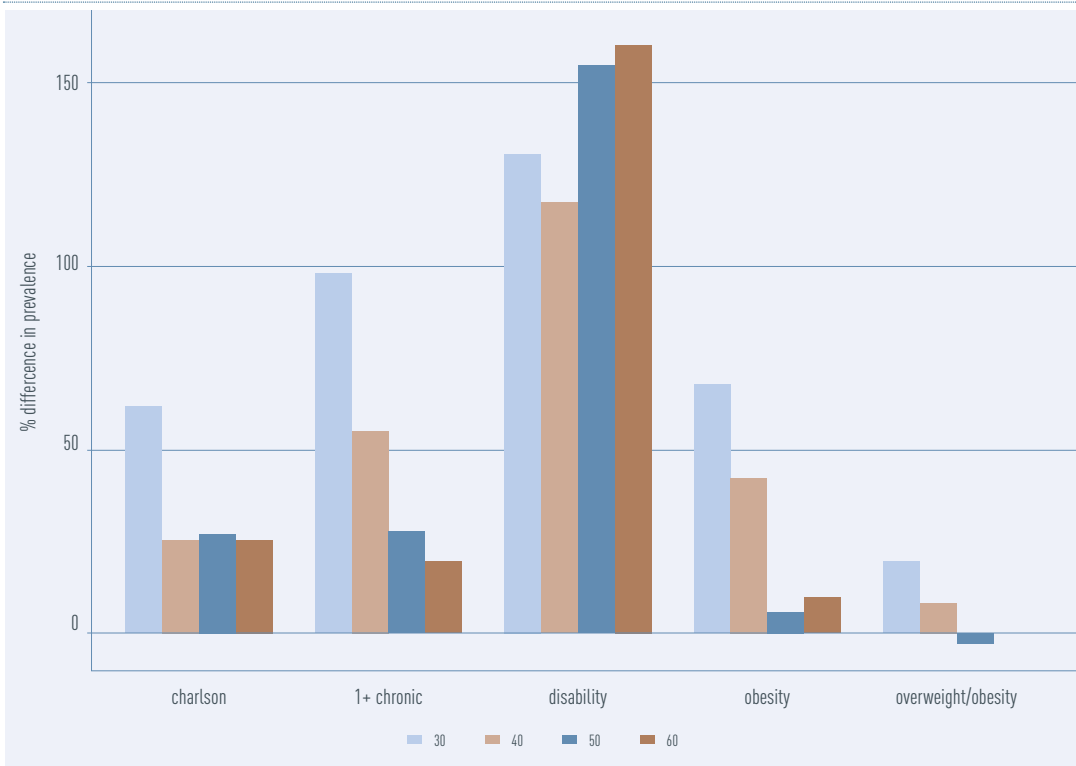
generazioni si riscontrano, invece, nei tassi di obesità e sovrappeso, confermando il trend già evidenziato dai dati ISTAT, con la prevalenza dell'obesità salita del 60% nei 30enni e del 40% nei 40enni.

La *Figura 9b* riporta lo stesso tipo di informazioni per una serie di patologie dell'apparato cardio-vascolare e per il diabete. Anche in questi casi, si può notare come gli aumenti più marcati si registrino per i 30enni, in particolare nell'ambito di patologie molto comuni come il diabete, l'ipertensione e le malattie coronariche. Incrementi rilevanti si notano anche per l'ictus e la dislipidemia.

Infine, dalla *Figura 9c* si nota come gli aumenti maggiori nelle prevalenze delle malattie della tiroide e dei tumori si registrino per i 30enni e, in parte, per i 40enni. Risultati opposti si trovano per depressione e per asma.

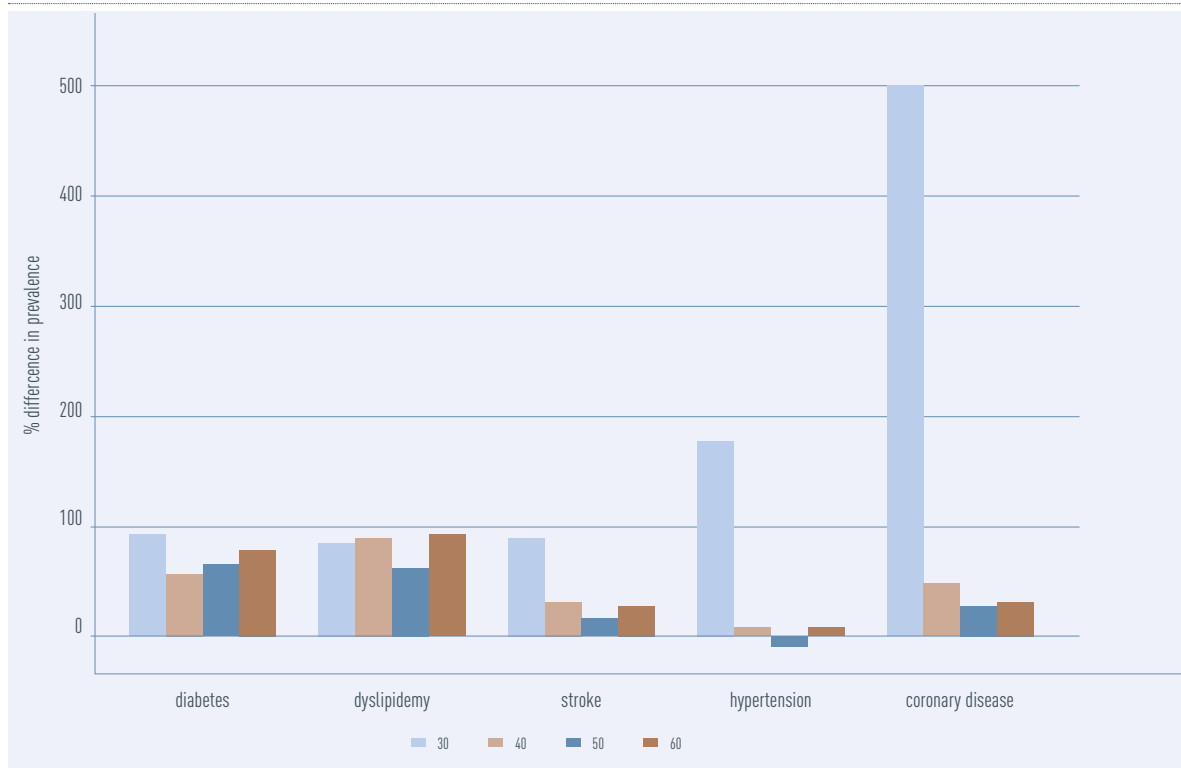
Dall'analisi dei dati si vede chiaramente come su quasi tutte le patologie considerate, i 30enni e i 40enni di oggi, rispetto ai coetanei dei primi anni 2000, hanno visto aumentare le prevalenze in modo maggiore rispetto a quello delle coorti dei 50 e 60enni.

**Figura 9a.** Prevalenza patologie per coorti e generazioni (2002–2014)



Fonte: Nostre elaborazioni su dati HS-SISSI

**Figura 9b.** Prevalenza patologie per coorti e generazioni (2002 – 2014)



Fonte: Nostre elaborazioni su dati HS-SISSI

Figura 9c. Prevalenza patologie per coorti e generazioni (2002 – 2014)



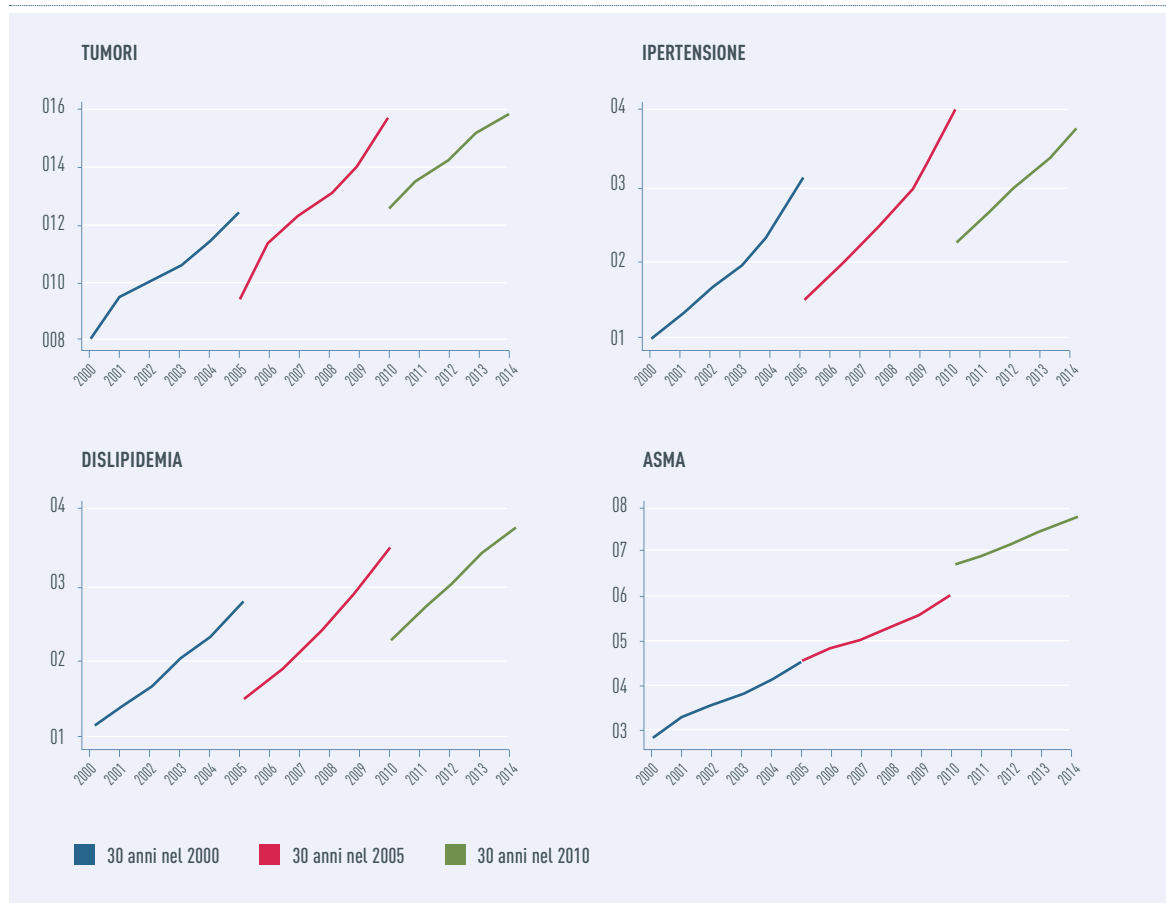
Fonte: Nostre elaborazioni su dati HS-SISSI

La Figura 10 riporta, per alcune patologie e solo per la coorte dei trentenni, un'informazione di tipo longitudinale. In questo caso è possibile vedere come evolve la prevalenza di una particolare patologia su una coorte di trentenni seguita per 5 anni e osservata la prima volta nel 2000, 2005 e 2010.<sup>6</sup>

Sfruttando la dimensione longitudinale dei dati HS-SiSSI, a differenza dei grafici precedenti, l'osservazione sui 5 anni è ottenuta sempre sulla stessa coorte. Come possiamo notare, la prevalenza media dei tumori nei 30enni raddoppia da poco più di 0.008% nel 2000 a quasi 0.014% nel 2010. Per tutte le coorti si osserva un trend crescente con l'età, con un preoccupante aumento della velocità della crescita nelle coorti più giovani (i 30enni del 2010, nei cinque anni successivi, vedono aumentare la prevalenza in modo più veloce rispetto ai 30enni del 2000).

[6] Per la coorte di 30enni nel 2010 il periodo di osservazione è di soli 4 anni.

**Figura 10.** Prevalenza di alcune patologie croniche nei trentenni nel 2000, 2005 e 2010



Fonte: Nostre elaborazioni su dati HS-SISSI

Una dinamica ancor più allarmante, si vede anche per la dislipidemia, l'ipertensione e l'asma. L'ipertensione passa dall'1% tra i trentenni nel 2000 al 2.2% tra i trentenni del 2010. Per la dislipidemia i valori e i trend sono molto simili. Infine, per l'asma si vede come i nuovi 30enni partano da livelli di prevalenza che sono maggiori rispetto a quelli che i vecchi trentenni denotano all'età di 35 anni.

Tutti questi fattori giocano un ruolo importante per la generazione dei *Millennials*, che nel prossimo futuro diventando una delle generazioni con il più alto impatto di popolazione (Vedi figura 6) potrebbero tradursi in ulteriori problemi sul fronte della salute generale della popolazione e su quello della spesa sanitaria.

## 1.5. L'ipotesi DEM e gli outcome sanitari

Al fine di stimare la domanda sanitaria futura e l'aspettativa di vita con o senza malattie nel modo più preciso possibile è necessario applicare strumenti econometrici adeguati. Inoltre, è necessario applicare dei modelli che permettano di predisporre degli scenari attendibili sull'evoluzione della spesa sanitaria e anticipare gli effetti connessi all'introduzione di determinate politiche. Come evidenziato da Przywara (2010), la complessità dei sistemi e la molteplicità dei fattori che influenzano la domanda sanitaria, sia quella rivolta al settore pubblico che privato, rendono l'esercizio molto complicato, producendo risultati che devono essere analizzati con cura.

Idealmente, il modello dovrebbe fornire un ventaglio di informazioni che aiuti i *policy makers* a prevedere il potenziale effetto di una nuova strategia/intervento nel settore sanitario. Risulta evidente che la capacità di un modello di poter analizzare gli scenari "what if", dipende fortemente dalla qualità e dal dettaglio delle informazioni accessibili.

Questa analisi si basa su un modello di micro-simulazione dinamica della domanda sanitaria in Italia. Avendo una struttura dinamica, il modello permette agli individui di evolvere o di cambiare nel tempo lo stato delle diverse caratteristiche che li riguardano. Come obiettivo principale, il modello è in grado di analizzare degli scenari "what if". Nel caso particolare di questo Rapporto, la domanda chiave alla quale il modello fornirà una risposta è la seguente: di quanti anni si è ridotta l'età media di apparizione delle patologie croniche per tipo di patologia e per età/coorte di pazienti.

### 1.5.1 I risultati delle simulazioni

Sebbene il modello di micro-simulazione permetta di ottenere una vasta gamma di risultati, essendo noi interessati a verificare l'ipotesi della DEM, in questo caso i commenti saranno limitati solo all'analisi dell'età di insorgenza delle patologie croniche e come questa è variata nel tempo e per patologia e coorte di pazienti.

L'età di insorgenza delle patologie croniche rappresenta un indicatore molto interessante sia da un punto di vista epidemiologico, sia economico. Per un esito fatale, la differenza di tempo di occorrenza corrisponde al numero di anni supplementari vissuti quando un certo fattore di rischio è assente, rispetto a quando è presente, ed è legato ai potenziali anni di vita persi prima di una certa età (a causa di una particolare causa di morte) o ai potenziali anni di vita vissuti in assenza di patologie o disabilità.

Idealmente, il modello dovrebbe fornire un ventaglio di informazioni che aiuti i *policy makers* a prevedere il potenziale effetto di una nuova strategia/intervento nel settore sanitario.

Figura 12. Età media di *onset* delle patologie

Fonte: Nostre elaborazioni su dati HS-SiSSI (AO e DEM) e EUROSTAT (LE)

Sulla base dei dati a nostra disposizione, è stato possibile calcolare l'indicatore dell'età media di insorgenza di una qualunque patologia cronica nella popolazione italiana di età superiore a 18 anni tra il 2000 ed il 2014. Nella *Figura 12* tale indicatore è riportato insieme all'andamento dell'aspettativa di vita alla nascita e alla differenza tra i due. Come si può vedere, nei 14 anni considerati, l'aspettativa di vita degli italiani è passata da 79,8 anni nel 2000 a 83,2 nel 2014, con un aumento di 3,4 anni. Contemporaneamente, l'età media di insorgenza delle patologie si è ridotta da 56,5 a 53,5 anni, con una riduzione assoluta di 3 anni (poco meno di 3 mesi all'anno). Il differenziale tra questi due indicatori è misurato dall'indicatore DEM (*Double Expansion of Morbidity*), che ovviamente negli anni è andato aumentando, fino a raggiungere 6,4 anni nel 2014. Ciò che è interessante notare è che l'aumento degli anni di vita passati con patologie (da 23,3 anni nel 2000 a 29,2 nel 2014) è dovuto in modo abbastanza paritetico sia all'aumento dell'aspettativa di vita (53%), sia alla riduzione dell'onset delle patologie (47%).



Nel primo grafico della *Figura 13*, le barre dell'istogramma riportano il maggior numero di persone che, tra il 2000 e il 2014, sono esposte a un maggiore utilizzo delle risorse del sistema sanitario a causa dell'aumento dell'aspettativa di vita e della riduzione dell'insorgenza delle patologie croniche. Inoltre, nel grafico sono riportate le distribuzioni della popolazione nel 2000 e nel 2014, e il numero di pazienti (persone che hanno utilizzato almeno un servizio sanitario nell'anno). Come si può ben vedere, il numero di pazienti aumenta con l'età e con la dimensione della popolazione per anno di età, e varia tra il 2000 e il 2014 in base alla probabilità (empirica) di fare ricorso alle cure sanitarie (secondo quanto riportato nel database HS-SiSSI). La corretta stima dell'effetto della DEM sul SSN è garantita dal fatto che il differenziale tra le probabilità di ammalarsi (distribuzioni empiriche) permette di stimare la riduzione dell'età di insorgenza delle patologie per ogni anno di età, mentre il differenziale nella dimensione della popolazione per anno di età permette di tener conto della variazione nella LE. Infatti, l'aumento dell'aspettativa di vita fa sì che per ogni età nel tempo aumenti la popolazione ancora in vita. Pertanto, il prodotto tra la probabilità di avere diagnosticato una patologia cronica e il numero di individui all'interno di ogni età riesce a catturare entrambi gli effetti di aumento di LE e riduzione di AON.

Nei 14 anni considerati, l'aspettativa di vita degli italiani è passata da 79,8 anni nel 2000 a 83,2 nel 2014, con un aumento di 3,4 anni, mentre l'età media di insorgenza delle patologie si è ridotta da 56,5 a 53,5 anni, con una riduzione assoluta di 3 anni.

**Figura 13a.** Costi sanitari aggiuntivi per il SSN dovuti alla DEM

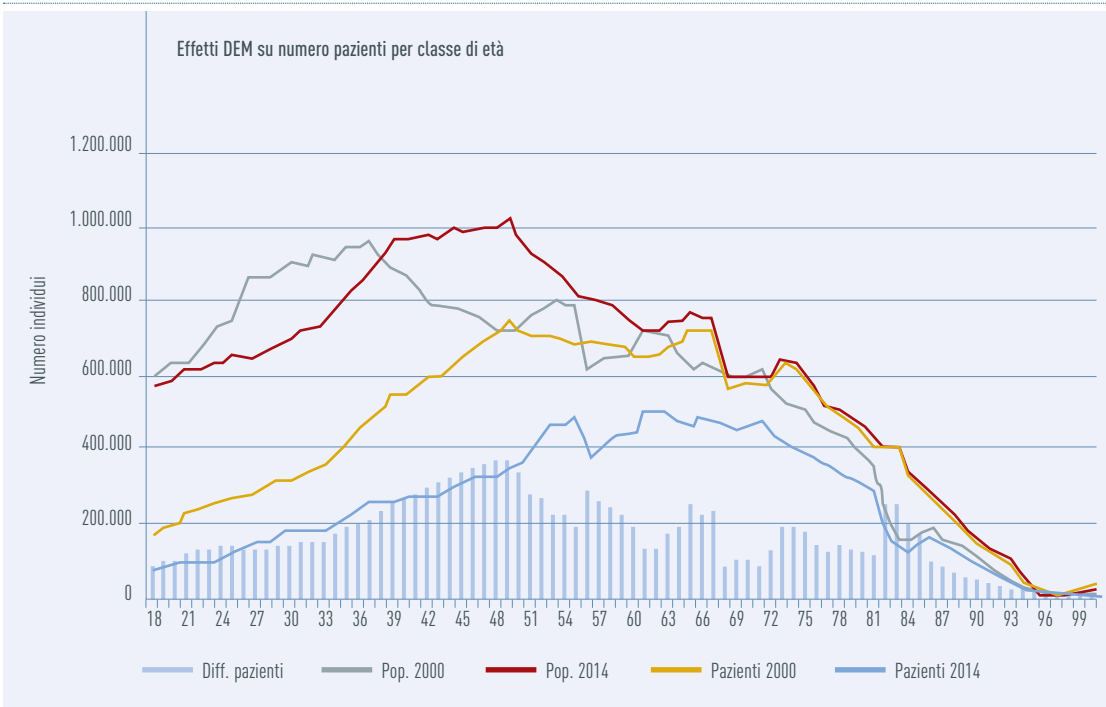
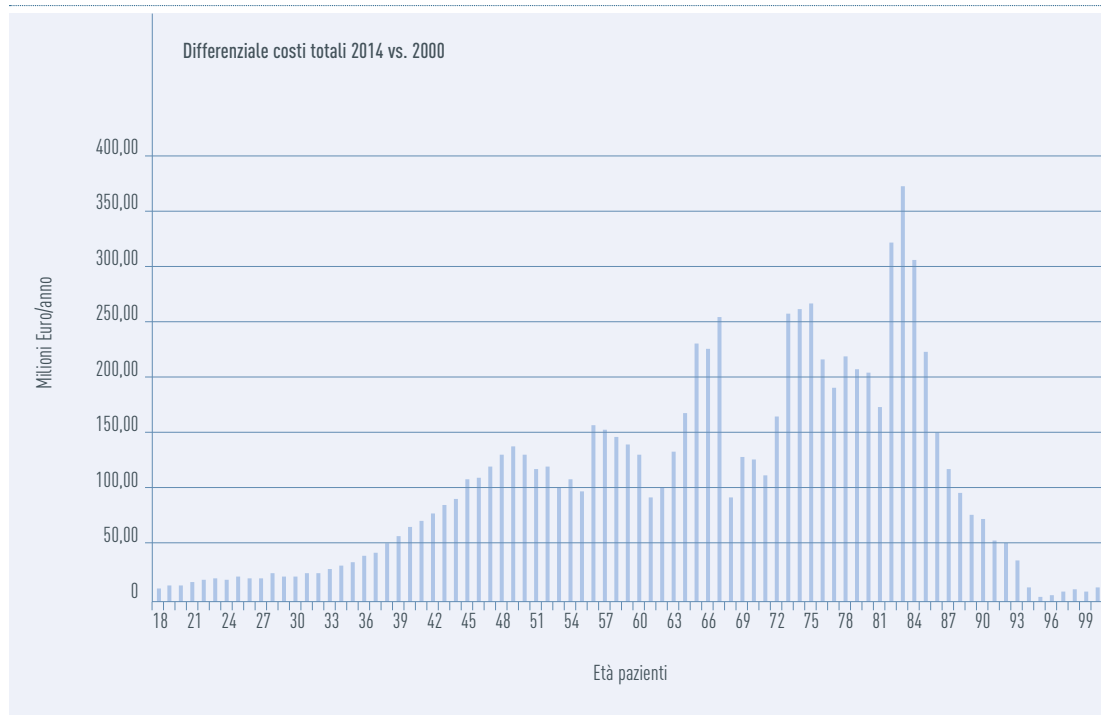


Figura 13b.



Fonte: Nostre elaborazioni su dati HS-SiSSI (AO e DEM) e ISTAT (Pop)

Come si può ben vedere, si avranno relativamente poche persone interessate dal fenomeno dell'aumento dell'aspettativa di vita (principalmente individui di età superiore a 79 anni) e molte più persone interessate dal fenomeno della riduzione della AO (tutti i nuovi pazienti incidenti che hanno anticipato l'onset e sono principalmente individui di età compresa tra i 18 e i 48 anni). Nel complesso, si tratta di circa 14 milioni di pazienti in più tra il 2000 ed il 2014.

Utilizzando i costi pro-capite medi per età dei soli servizi medici (farmaci, visite specialistiche, accertamenti diagnostici e visite ospedaliere) disponibili nel database HS-SiSSI, si può facilmente ottenere una stima dei costi aggiuntivi generati da tale fenomeno. Nel complesso, nel 2014 il SSN ha speso circa 8,7 miliardi di euro in più rispetto al 2000, di cui circa il 75% è da attribuirsi all'anticipazione dell'insorgenza delle patologie.

Infine, nel grafico b) della *Figura 13* sono riportati i differenziali di costo tra il 2000 e il 2014 per anno di età dei pazienti (la cui somma è, appunto, pari a circa 8,7 miliardi di Euro).

## La generazione degli anziani<sup>7</sup>

Il contesto di crisi sociale e stagnazione economica in cui i sistemi pubblici si trovano ad operare negli ultimi anni rende cogente e alimenta il dibattito circa lo stato di salute del nostro sistema di welfare e sulla sua capacità di risposta ai fabbisogni crescenti dei cittadini, sia in termini di numerosità che di complessità. Si assiste, infatti, allo svilupparsi di un'ambivalente pressione che grava dolorosamente sul sistema, dovuta alla contrapposizione tra due opposte forze in gioco: da un lato, la necessità di aumentare il sostegno del welfare a copertura di una sempre maggiore fragilità; dall'altro, la necessità di razionalizzazione ed efficientamento degli interventi dettata dal contenimento della spesa pubblica. In particolare, gli interventi per la non autosufficienza, in relazione a fenomeni ormai consolidati quali il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento dell'incidenza di patologie croniche tra la popolazione adulta e anziana, sono oggetto di una richiesta di migliore gestione dei servizi e più intensa presa in carico delle persone. In questo scenario, il report propone un approfondimento sull'assistenza sociale e socio-sanitaria con l'intento di fornire un quadro aggiornato delle attività e del livello di presa in carico degli anziani non autosufficienti in Italia. A questo si aggiunge il tentativo di messa in relazione degli interventi tradizionalmente collegati alla non autosufficienza con altri che completano la filiera della presa in carico, in modo da fornire un quadro completo sull'assistenza offerta agli anziani.

### 2.1 Stato attuale dell'offerta e della presa in carico socio-sanitaria degli anziani over-65

Convenzionalmente definite anziane le persone con un'età superiore o uguale a 65 anni (Orimo, 2006), trovare una definizione universalmente valida e accettata di non autosufficienza emerge come problema dalla difficile soluzione. Appare infatti necessaria l'effettuazione di una scelta di tipo discrezionale, che stabilisca un «grado» di dipendenza oltre il quale la persona non venga più considerata in grado di provvedere a se stessa. La condizione di non autosufficienza viene assimilata a quella vissuta dalle persone che presentano limitazioni funzionali, secondo la definizione di disabilità proposta con la classificazione *International classification of functioning, disability and health* (ICF), quadro interpretativo di riferimento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la misurazione dei livelli di salute e disabilità (e quindi anche di non autosufficienza). Tale misurazione non concepisce, come invece avveniva in passato, la disabilità solamente come riduzione delle capacità funzionali determinata da una malattia o menomazione, ma come la risultante di un'interazione tra le condizioni di salute dell'individuo e fattori contestuali (personali e ambientali) che rappresentano le circostanze in cui quest'ultimo vive (OMS, 2002). Tale classificazione ha determinato quindi un cambio di paradigma, introducendo nella valutazione della disabilità anche i fattori ambientali che la influenzano ed è stata accolta con favore dal Ministero della

**Sono convenzionalmente definite anziane le persone con un'età superiore o uguale a 65 anni.**

(7) Questa sezione del quaderno è stata curata da Giovanni Fosti, Alessandro Furnari, Francesca Lecci, Francesco Longo ed Elisabetta Notarnicola. Tutti i dati riportati nel Quaderno si basano su informazioni disponibili alla data del 15 Dicembre 2016, quando lo stesso è stato completato.

Salute e da ISTAT. In particolare, ISTAT (2014) considera persone con limitazioni funzionali coloro che hanno difficoltà rispetto ad alcune specifiche dimensioni<sup>8</sup>. Esistono poi alcuni contributi (ad esempio ISTAT, 2015c) che forniscono ulteriori specificazioni e che classificano le limitazioni funzionali come «gravi». Gli anziani che presentano l'insieme di queste limitazioni sono stati oggetto dello studio. Questa definizione è stata mantenuta per tutte le analisi di seguito presentate.

Prioritario è quindi definire l'ampiezza del fenomeno e l'esplicitazione dell'articolazione della rete di offerta di servizi sociali e sociosanitari funzionale a rispondere al bisogno assistenziale derivante dalla problematica.

Guardando al grado di diffusione, si stima un bisogno potenziale, ossia il numero complessivo di individui potenzialmente appartenenti alla categoria di «anziani non autosufficienti», a dati 2012 pari a 2.713.406 individui sul territorio nazionale, pari a circa il 5% della popolazione complessivamente intesa. Nonostante si tratti di un dato particolarmente significativo, è possibile che il numero degli anziani non autosufficienti sia lievemente sottostimato, in quanto tale rilevazione non include nella popolazione osservata le persone residenti permanentemente in strutture, riferendosi esclusivamente alle persone che vivono in famiglia; in aggiunta, l'indagine considerata per la stima (ISTAT, 2014) consente solo in modo parziale di cogliere le limitazioni funzionali connesse a patologie psichiatriche e a disagio mentale.

Diverse sono le modalità di risposta della rete di offerta di servizi di natura pubblica, relative all'ambito sociosanitario e sociale. La mappatura realizzata guarda con particolare interesse ai servizi reali, detti anche *in kind*, e limita quindi l'analisi ai servizi effettivamente erogati in risposta al bisogno assistenziale. In ambito sociosanitario, vengono identificati servizi di tipo residenziale (come le residenze protette e le residenze sanitarie assistenziali o riabilitative per anziani – RSA), semiresidenziale e domiciliare (ADI). In ambito sociale, si ritrovano invece servizi di tipo residenziale che riproducono o agevolano le condizioni di vita tipiche di un contesto familiare (comunità alloggio, comunità di tipo familiare, gruppi appartamento, intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi, accoglienza anziani presso famiglie); servizi semiresidenziali per la promozione e il coordinamento di attività ludico-ricreative, sociali, educative, culturali, sportive e per la socializzazione; il servizio di assistenza domiciliare dei comuni.

(8) In particolare, (i) costrizione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); (ii) limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, incluse le attività di vita quotidiana (Activities of Daily Living, ADL); (iii) problemi nel camminare, usare le scale e raccogliere oggetti da terra (limitazioni nel movimento); (iv) difficoltà della comunicazione (limitazioni di vista, udito e parola).

**Tabella 1.** Quadro della capacità produttiva del sistema di offerta per target d'utenza

Target	Tipo di servizio	Capacità Produttiva Complessiva del Sistema	
		SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani over65	Residenziale	218.965 <sup>(1)</sup>	21.004
	Semiresidenziale	14.352	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	11.126.598*	n.d.

\* ore erogate

(1) Livello di assistenza sanitaria «basso», «medio» e «alto», come già anticipato nella nota n° 5; il livello denominato «assente» viene conteggiato come sociale (ISTAT, 2015a)

Fonti: (a) Ministero della Salute (2015b) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) ISTAT (2015) *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*; (c) Ministero della Salute (2015a) *Rapporto SDO 2014*; (d) ISTAT (2015b) *Spesa Sociale dei Comuni*

Guardando all'effettiva capacità produttiva di cui un sistema di offerta così definito è in grado di dotarsi, è emerso come la rete di offerta dedicata agli anziani non autosufficienti, se inserita nel complesso della rete rappresenti circa il 68,8% della disponibilità dei (369.739 posti complessivi) servizi della più ampia rete sociosanitaria e sociale<sup>9</sup> inclusiva di tutti i target sociali. In particolare, la *Tabella 1* offre una fotografia del livello di dotazione a livello di sistema Paese. In aggiunta alla dotazione di posti disponibili in strutture residenziali e semiresidenziali, sono state inserite le ore erogate in servizi domiciliari. Si osserva come la capacità produttiva del sistema di offerta (254.321 posti) appaia maggiormente orientata alla fornitura di servizi di tipo sociosanitario che non a servizi di tipo sociale; i primi rappresentano infatti il 91,7% (233.317) del totale dei posti disponibili presi in esame. Inoltre, solo una minima parte dei servizi è di tipo semiresidenziale (14.352; 5,6% del totale) e, fra i servizi di tipo residenziale (239.969), il 91,2% (218.965) è rappresentato da strutture che prevedono una componente sanitaria nell'attività di assistenza<sup>10</sup>, perlopiù RSA.

A completamento della fotografia, si è approfondita la dimensione relativa all'utenza presa in carico. Similmente a quanto appena descritto per la capacità produttiva, analizzando la rete sociosanitaria e sociale nel suo complesso, il numero di utenti anziani non autosufficienti in carico ai servizi rappresenta la quota più rilevante (1.323.865; 48,0%) di utenti genericamente in carico ai servizi (2.756.831 persone)<sup>11</sup>. In particolare, la *Tabella 2* riporta gli utenti in carico seguendo la logica della tipologia di servizio fruito. Anche in questo caso si conferma come i servizi per anziani appaiano essere

(9) Comprensiva, quindi, della capacità produttiva dedicata alla presa in carico di soggetti disabili, minori in condizione di disagio, individui affetti da disturbi di salute mentale e da dipendenza patologica.

(10) Il numero di posti letto relativo ai servizi residenziali sociosanitari e sociali è stato individuato con riferimento al livello di assistenza sanitaria previsto: i posti letto con livello di assistenza sanitaria «basso», «medio» e «alto» sono stati assegnati ai servizi residenziali sociosanitari; i posti letto con livello di assistenza sanitaria «assente» ai servizi residenziali sociali (ISTAT, 2015a). Tale suddivisione è stata adottata anche per i target successivamente trattati.

(11) Anche in questo caso, si fa riferimento alla presa in carico di soggetti disabili, minori in condizione di disagio, individui affetti da disturbi di salute mentale e da dipendenza patologica.

maggiormente focalizzati sull'area sociosanitaria (57,4% del totale dei servizi per anziani analizzati) rispetto all'area sociale (42,6%). Tale prevalenza è da ricondurre ai servizi di tipo residenziale, dove il 98,1% degli utenti risulta essere inserito in strutture che prevedono un'integrazione sanitaria (206.636 utenti), e ai servizi di tipo domiciliare, dove l'ADI coinvolge il 77,1% degli utenti (529.838; il SAD invece si attesta su 157.364 unità, ossia il restante 22,9%). Gli utenti anziani in carico ai servizi di tipo semiresidenziale si distinguono invece dai precedenti in quanto solo il 5,5% (23.233) di essi risulta frequentare centri diurni che prevedono un'assistenza di tipo sociosanitario, mentre il restante 94,5% (402.710) frequenta centri sociali finalizzati alla socializzazione e allo svolgimento di attività ludico-ricreative, sociali, educative, culturali, sportive.

Conoscere bisogno potenziale, mappatura della dotazione della rete di offerta e utenti in carico ha quindi permesso di procedere alla stima del tasso di copertura del bisogno, calcolato come rapporto tra il numero di utenti in carico ai servizi considerati e la stima del bisogno potenziale<sup>12</sup>. Questo indicatore (i) permette di mettere in relazione le dimensioni presidiate e (ii) di fornire un'indicazione dell'effettiva capacità di presa in carico e di risposta al bisogno del sistema. Complessivamente, il tasso di copertura relativo agli anziani non autosufficienti risulta pari al 28,0% del bisogno potenziale per i servizi sociosanitari e al 20,8% per quanto concerne la fruizione di servizi sociali (*Tabella 3*). Di fronte a tali valori, sorge spontaneo chiedersi se essi possano essere considerati come il raggiungimento comunque di un livello di copertura accettabile, considerando le contenute risorse in gioco e la complessità dell'ambiente e del target di riferimento, oppure, considerando l'approccio universalistico che il sistema di welfare italiano ha storicamente cercato di promuovere, se non si tratti di valori estremamente contenuti su cui riflettere in una logica di riposizionamento istituzionale e ricomposizione di risorse. Una terza ipotesi, poi, potrebbe riguardare il fatto che la copertura del bisogno attraverso i servizi sinora esaminati sia integrato dal ricorso alla rete ospedaliera o al mercato della cura informale, ipotesi che è stato oggetto di studio nelle analisi sulla filiera complessiva presentate nei paragrafi seguenti.

[12] Dove possibile, il tasso di copertura è stato distinto fra servizi sociosanitari e servizi sociali, suddivisione operata nel tentativo di ridurre il rischio di sovrapposizioni fisiologicamente presenti in tali ambiti e che non permette di valorizzare il tasso di copertura complessivo.

**Tabella 2.** Utenti in carico alla rete di offerta per target d'utenza

Target	Tipo di servizio	Utenti in carico	
		SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Residenziale	206.636	4.084
	Semiresidenziale	23.233	402.710
	Domiciliare (ADI e SAD)	529.838	157.364

Fonti: (a) Ministero della Salute (2015b) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) ISTAT (2015a) *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*; (c) Ministero della Salute (2015a) *Rapporto SDO 2014*; (d) ISTAT (2015b) *Spesa Sociale dei Comuni*

**Tabella 3.** Tassi di copertura del bisogno per target di riferimento

Target	Descrizione target	Pop. di riferimento	Stima bisogno potenziale	Utenti in carico ai servizi	Tasso di copertura servizi socio sanitari	Tasso di copertura servizi sociali
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Anziani (> 65 anni) con limitazioni funzionali	12.639.829	2.713.406	1.323.865	28,0%	20,8%

Fonti: (a) Ministero della Salute (2015b) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) ISTAT (2015a) *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*; (c) Ministero della Salute (2015a) *Rapporto SDO 2014*; (d) ISTAT (2015b) *Spesa Sociale dei Comuni*

Spingendo l'analisi oltre il confine dei servizi pubblici di natura sociosanitaria e sociale e includendo gli interventi di supporto al reddito e alla permanenza al domicilio, sono 1.362.867 gli utenti raggiunti dai servizi di supporto alla persona finalizzati a favorirne la permanenza presso il domicilio<sup>13</sup>, per un valore complessivo di € 310.254.509, mentre le misure economiche erogate dai comuni<sup>14</sup> raggiungono 222.549 di anziani non autosufficienti, per un valore complessivo di € 351.990.348. In aggiunta a tali trasferimenti, è opportuno ricordare che fanno parte delle erogazioni a favore dei target anziani non autosufficienti e disabilità i contributi INPS per interventi non pensionistici e assistenziali, che nel 2012 raggiungevano un valore complessivo di € 41.116.000; fra essi un ruolo fondamentale viene giocato dalle Indennità di Accompagnamento (INPS, 2013).

(13) Si includono i servizi sociali professionali, di intermediazione abitativa, per l'integrazione sociale, di prossimità, di telesoccorso e teleassistenza, voucher, assegni di cura, buoni sociosanitari e altri servizi di supporto.

(14) Si includono tutti i trasferimenti in denaro di provenienza comunale per il pagamento di interventi e servizi. Per approfondimenti è possibile consultare il Glossario ISTAT relativo all'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati (ISTAT, 2015b).

## 2.2 Le analisi sulla filiera dei servizi: possiamo parlare di una rete della presa in carico degli anziani?

Date le premesse e le evidenze emerse dalla analisi limitata al solo settore sociale e sociosanitario, l'osservazione della rete assistenziale di cui fruiscono gli anziani è stata estesa ad includere altre tipologie di servizi e offerta al fine di ricostruire una vera e propria filiera della presa in carico. La domanda che è sorta spontanea a stimolo di questo tentativo è stata: se il livello di copertura del fabbisogno garantito dalla rete sociale e sociosanitaria, quali sono le dimensioni effettive della filiera della presa in carico degli anziani nel nostro Paese? Parliamo di filiera della presa in carico per evidenziare come la risposta ai bisogni delle famiglie che affrontano la gestione di un anziano caro passi attraverso una molteplicità di servizi, luoghi e istituzioni funzionali all'evolversi del bisogno, complementari nelle loro caratteristiche, ma anche "supplementari" nei potenziali vuoti di offerta del sistema pubblico. Non è sufficiente infatti limitare l'analisi al settore sociale e sociosanitario: l'esperienza e la letteratura ci dicono infatti che, quando si parla di cittadini anziani e non autosufficienti, questa filiera parte dall'ospedale per acuti, prosegue nell'ospedale con funzione di riabilitazione o lungodegenza post-acuta, si articola nel territorio con la rete territoriale delle cure intermedie e delle strutture residenziali e semiresidenziali sociosanitarie e sociali (su tutte, le Residenze Sanitarie Assistenziali o RSA) per arrivare alla casa d'origine con l'assistenza al domicilio tramite servizi pubblici (SAD o ADI), o ancora assistenza informale prestata da assistenti familiari, più o meno formalizzate e più o meno specializzate (le cosiddette "badanti"). A questi setting di servizi è da aggiungere la diffusione della Indennità di Accompagnamento come misura universale di supporto alla non autosufficienza.

L'insieme di questi setting assistenziali rappresenta idealmente una rete a disposizione delle famiglie e degli anziani, i cui nodi dovrebbero attivarsi in modo differenziato a seconda dell'evolversi dei bisogni e alternandosi nel tempo in funzione dell'intensità e della durata del bisogno. Ma siamo oggi in presenza di una rete vera e propria? Quali schemi utilizzano gli anziani nell'accesso ai diversi nodi di questa rete? È possibile individuare dei pattern a livello regionale che mostrano il funzionamento di questa rete e le relazioni tra i diversi setting?

Per rispondere a queste domande sono state svolte analisi dettagliate che ricostruiscono nelle regioni italiane i volumi complessivi del ricorso ai diversi setting assistenziali citati sopra da parte degli anziani non autosufficienti. Questa parte di analisi è stata elaborata restringendo la popolazione oggetto di analisi alla popolazione over75 e non autosufficiente: si è voluto restringere il campo di analisi per limitare le osservazioni alla parte di popolazione

Complessivamente, il tasso di copertura relativo agli anziani non autosufficienti risulta pari al 28,0% del bisogno potenziale per i servizi sociosanitari e al 20,8% per quanto concerne la fruizione di servizi sociali.



che è quella che con maggior frequenza e intensità ricorre ai servizi considerati. La popolazione più giovane (tra i 65 e i 74 anni) presenta un tasso di non autosufficienza molto più basso e caratteristiche che la collocano più vicina al mondo dell'*active ageing*, come ben rappresentato in altre parti di questo rapporto.

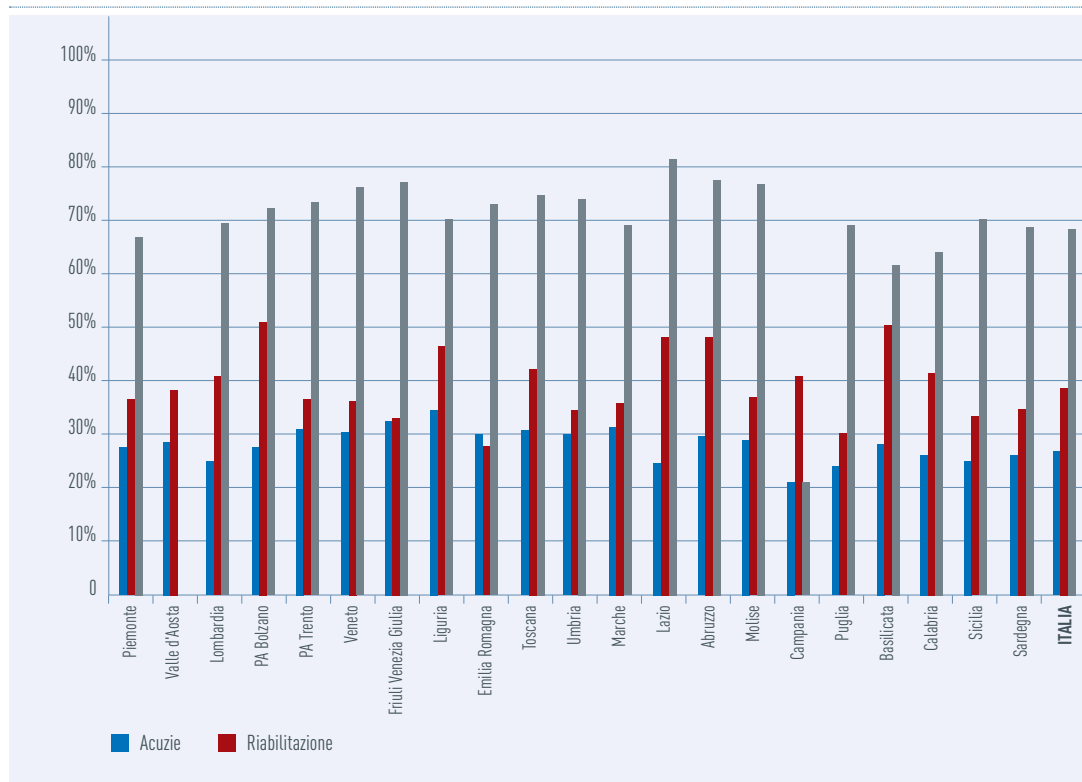
### 2.3 Gli anziani e il ricorso all'ospedale

La letteratura e i dati internazionali confermano la tendenza generale che vede un aumento dell'incidenza del ricorso a ricoveri ospedalieri al crescere dell'età della popolazione, intuitivamente spiegabile alla luce di un progressivo peggioramento delle condizioni di salute generali all'avanzare dell'età e dell'insorgere di alcune patologie e disturbi tipici della vecchiaia. Questo fenomeno è verificato anche in Italia, dove, a fronte di un volume complessivo di attività di 7.262.813 ricoveri in regime ordinario nel corso del 2012, quelli che riguardano gli over65 e gli over75 rappresentavano rispettivamente il 45,3% (3.287.676) e il 27,8% (2.017.670). Data la rilevanza del fenomeno, si è scelto di presidiare alcune dimensioni per dare evidenza delle principali specificità che lo riguardano, approfondendo tre distinti e progressivi livelli d'analisi a grado di approfondimento crescente:

- Incidenza dei ricoveri ordinari per over65 e over75 per tipo di attività erogata, ottenuta rapportando il totale dei ricoveri erogati per i due target considerati rispetto al totale regionale.
- Proporzioni di ricoveri con DRG medico rispetto ai ricoveri ordinari con DRG chirurgico per pazienti over65 e over75, confrontando tale distribuzione tra le diverse realtà regionali.
- Distribuzione dei ricoveri con DRG medico per over65 e over75 guardando alla tipologia di attività svolta e alle singole dimensioni regionali.

La tendenza generale vede un aumento dell'incidenza del ricorso a ricoveri ospedalieri al crescere dell'età della popolazione, intuitivamente spiegabile alla luce di un progressivo peggioramento delle condizioni di salute generali all'avanzare dell'età e dell'insorgere di alcune patologie e disturbi tipici della vecchiaia.

**Figura 14.** Incidenza ricoveri RO di pazienti over75 per Regione e per singolo tipo di attività sul totale ricoveri RO (2012)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati SDO, Ministero della Salute

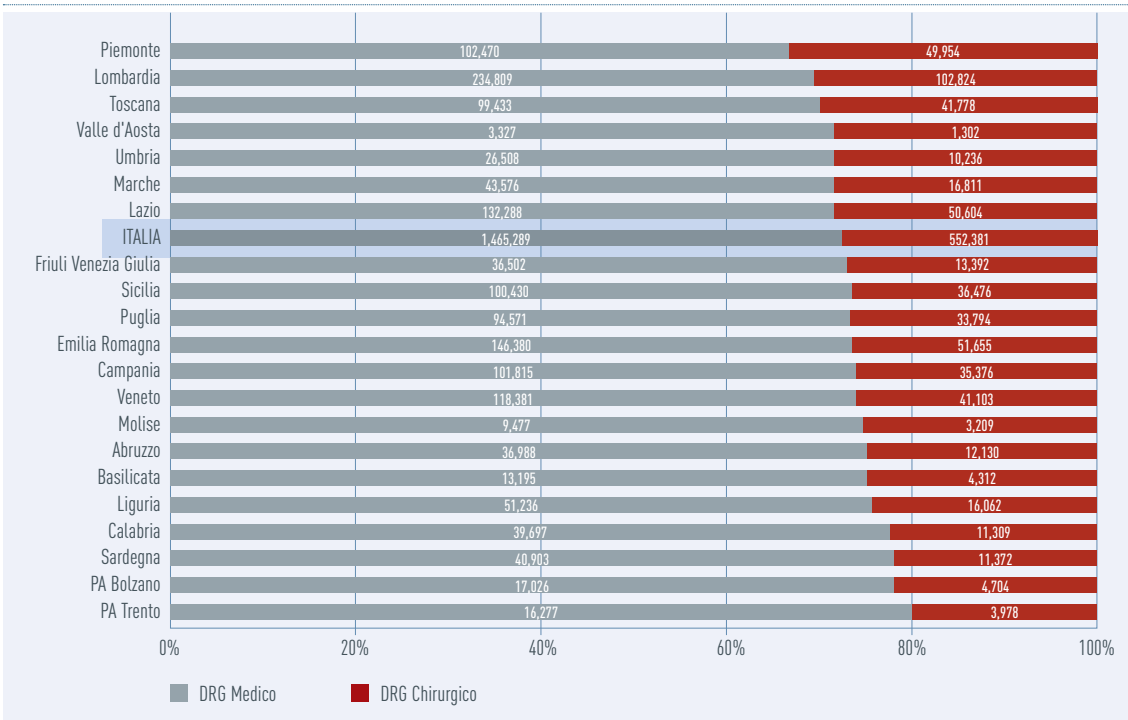
Di seguito si riportano alcune evidenze specificamente riferite agli over75 e alle prime due dimensioni presidiate. In particolare, la [Figura 14](#) riassume il primo livello di analisi. Nel caso dell'attività per acuti, i ricoveri in regime ordinario per pazienti over75 a livello nazionale rappresentano una quota importante del totale, ma comunque non maggioritaria (26,6%). Spicca l'incidenza percentuale fatta registrare da Liguria (34,2%) e Friuli Venezia Giulia (32,6%); i valori più contenuti sono invece registrati in Campania (21,1%) e Puglia (23,8%). Rispetto all'attività riabilitativa, i ricoveri per pazienti over75 rappresentano quasi 2/5 dell'intera assistenza riabilitativa ospedaliera del Paese (media nazionale: 38,8%). Si registrano importanti differenze interregionali, testimoniate dai valori superiori al 50% fatti segnare da PA Bolzano (50,7%) e Basilicata (50,3%) e da quelli intorno al 30% registrati in Emilia Romagna (27,5%) e Puglia (30,0%). Guardando alla lungodegenza, considerando la condizione di fragilità in cui versano gli individui del target considerato, non sorprende che per questo

tipo di attività i ricoveri per pazienti over75 rappresentino una quota particolarmente rilevante del totale dei ricoveri per lungodegenza complessivamente erogati nel Paese (media nazionale pari al 68,3%). In particolare, il Lazio (81,5%) registra un valore che supera la soglia dell'80%, mentre sono quattro le Regioni a fare segnare un valore inferiore al dato nazionale (Campania: 20,8%; Basilicata: 61,5%; Calabria: 64,2%; Piemonte: 66,8%).

Il secondo livello di analisi guarda, invece, alla composizione dell'attività erogata in regime ordinario per il target considerato, utilizzando come determinante l'appartenenza del DRG della prestazione alla branca medica o chirurgica (vedi Figura 15). In particolare, emerge come a livello nazionale il 72,6% (1.465.289) dei ricoveri in regime ordinario che coinvolgono pazienti con oltre 75 anni di età afferiscono alla branca medica. Anche in questo frangente si segnala una certa differenza interregionale in termini di incidenza percentuale: l'indicatore fa segnare valori che muovono dal 67,2% del Piemonte all'80,3% della PA di Trento.

Allo stato di fragilità e all'insorgere di disturbi di varia natura che derivano dal progressivo invecchiamento fisico, dunque, potrebbe affiancarsi l'altrettanto crescente difficoltà di comprendere se il bisogno espresso faccia riferimento a una risposta di tipo sanitario o meno.

Figura 15. Distribuzione dei ricoveri RO over75 per DRG delle prestazioni erogate



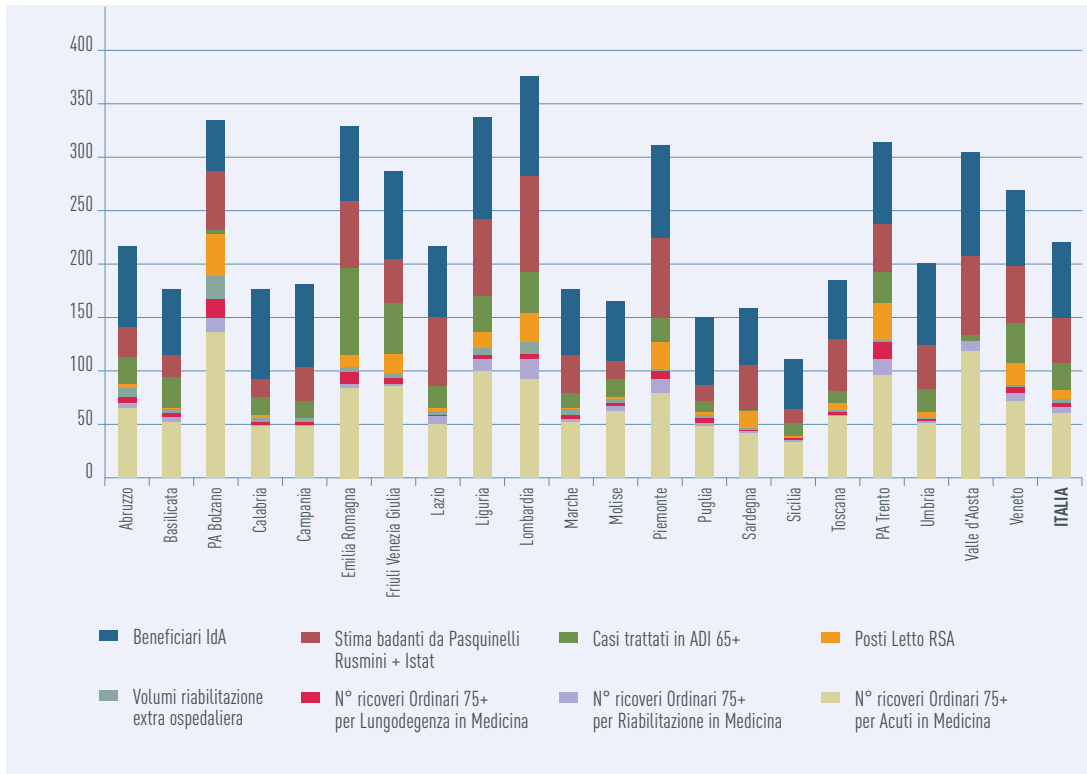
La scelta di circoscrivere, poi, l'analisi ai soli ricoveri caratterizzati da DRG medico deriva (i) dalla consapevolezza che rispetto alla branca chirurgica esistono maggiori spazi e margini dove poter «nascondere» fenomeni di inappropriatazza del ricovero e, (ii) seppur in via residuale, dalla maggior incidenza relativa che essi hanno mostrato di avere. Alla condizione di fragilità e all'insorgere di disturbi di varia natura che derivano dal progressivo invecchiamento fisico, dunque, potrebbe affiancarsi l'altrettanto crescente difficoltà di comprendere se il bisogno espresso faccia riferimento a una risposta di tipo sanitario o meno. Infatti, all'aumentare dell'età diventa sempre più difficile distinguere, tra le motivazioni dei ricoveri, quelle che esprimono un puro bisogno sanitario (ad esempio in relazione a specifici trattamenti terapeutici o chirurgici) da quelle che sottendono un vero e proprio bisogno assistenziale più generale. Tipico è ad esempio il caso dei ricoveri di anziani affetti di diabete che registrano manifestazioni acute della patologia e arrivano in ospedale. Tipicamente, se presente una terapia farmacologica adeguata e uno stile di vita corretto, il diabete non rientra tra le patologie che necessitano di cure ospedaliere, ma spesso accade che anziani soli non seguano correttamente le prescrizioni riguardanti l'assunzione dei farmaci e non rispettino le indicazioni circa la dieta e l'attività fisica, arrivando a crisi e conseguenti ricoveri. In situazioni come queste è molto difficile arrivare a comprendere quale sia stata la causa del ricovero, se la patologia di per sé o il fatto di essere individui tendenzialmente soli e non integrati in un network o nucleo attivo, generando confusione e sovrapposizione tra le reti sanitarie e sociosanitarie.

#### **2.4 La filiera dell'offerta assistenziale nelle diverse regioni italiane e il livello di copertura del bisogno stimato**

Volendo ricostruire la filiera complessiva, ai dati già presentati e riguardanti i servizi sociosanitari sono stati affiancati quelli riguardanti i ricoveri ospedalieri (che come visto sopra rappresentano una quota molto rilevante della produzione annuale SSN complessiva) e gli altri *setting* citati. Le analisi svolte e presentate di seguito mostrano come prima cosa l'articolazione interna della rete di offerta delle diverse Regioni. Emergono alcune caratteristiche ricorrenti e alcune peculiarità. Immaginando di considerare pari a 100 la filiera complessiva di ogni Regione (le singole barre del grafico) risultano evidenti due fenomeni: (i) in tutte le Regioni le Indennità di Accompagnamento (IdA) corrispondono a circa il 30% dell'offerta complessiva, così come i ricoveri ordinari (nelle tre accezioni considerate) e (ii) nella rete sociosanitaria (rappresentata nella zona centrale delle barre) e di assistenza informale (data da INPS e da stima delle badanti) emergono le differenze più importanti.

Tipico è ad esempio il caso dei ricoveri di anziani affetti di diabete che registrano manifestazioni acute della patologia e arrivano in ospedale.

**Figura 16.** Presa in carico della non autosufficienza nelle Regioni italiane: dotazione dell'offerta ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti, dati 2012



Fonte: elaborazioni degli autori su dati SDO, Ministero della Salute

Guardando invece ai valori assoluti in termini di dotazione di offerta ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti, emergono in modo più chiaro le differenze regionali (Figura 16). Se il numero di IdA sembra essere sufficientemente omogeneo nelle diverse Regioni, grande variabilità appare se si considerano tutte le altre dimensioni. Alcune Regioni (Lombardia, Bolzano, Trento, Val d'Aosta, Liguria, Piemonte) presentano tassi di ricovero ordinario in medicina vicini o superiori al 100 ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti. La composizione della rete sociosanitaria è allo stesso modo molto variabile: in alcune Regioni è quasi irrilevante (Val d'Aosta, Lazio, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana); in altre vede una netta prevalenza delle strutture residenziali (posti letto in RSA) (Bolzano, Trento, Lombardia, Piemonte); in altre ancora una netta prevalenza dell'assistenza domiciliare (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Abruzzo, Basilicata).

**Tabella 4.** Tassi di copertura del bisogno tramite lungo assistenza pubblica o informale

Per la popolazione non autosufficiente over75:	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi pubblici (RSA)	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi informali (badanti)	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi pubblici + informali
Sicilia	0,45%	13,49%	13,94%
Molise	0,29%	16,08%	16,37%
Basilicata	0,95%	16,89%	17,84%
Puglia	2,21%	16,43%	18,64%
Calabria	1,92%	19,54%	21,47%
Abruzzo	3,30%	27,94%	31,24%
Campania	0,44%	33,49%	33,92%
Marche	2,11%	35,90%	38,01%
Sardegna	0,13%	42,49%	42,62%
Umbria	4,17%	41,75%	45,92%
Toscana	7,36%	48,46%	55,82%
Friuli Venezia Giulia	20,38%	40,51%	60,88%
Lazio	2,33%	66,03%	68,36%
Veneto	19,35%	52,65%	72,00%
Emilia - Romagna	11,25%	61,85%	73,10%
Valle d'Aosta	0,19%	74,64%	74,83%
Trento	34,78%	43,98%	78,75%
Liguria	14,89%	71,03%	85,92%
Bolzano/Bozen	39,31%	54,82%	94,13%
Piemonte	24,22%	75,51%	99,73%
Lombardia	27,83%	89,20%	117,03% <sup>15</sup>

Dopo aver osservato la composizione delle diverse filiere di presa in carico regionali, gli stessi dati sono stati utilizzati per stimare il tasso di copertura del bisogno riferito ai cittadini over75 non autosufficienti delle Regioni e considerando solo due setting tra quelli citati: la dotazione di strutture residenziali per anziani (le RSA) e la stima delle badanti<sup>16</sup> presenti nei diversi territori. Queste due modalità assistenziali sono state isolate dalle altre perché rappresentano le due alternative di risposta assistenziale di lungo periodo più appropriate, essendo di fatto le due più direttamente attinenti alla condizione di non autosufficienza.

Nonostante l'aver considerato la popolazione non autosufficiente over75 un criterio molto stringente rispetto al tradizionale dato demografico (i non autosufficienti over75 sono stimati in Italia pari a 2.131.570 mentre il dato puro demografico è pari a 6.305.738) la maggior parte delle Regioni presenta tassi di copertura del bisogno tramite servizi di lungo assistenza pubblici (RSA) tra lo 0 e il 30%. Questo valore sale se consideriamo la copertura del bisogno tramite badanti. In ogni caso rimangono in tutto il territorio nazionale delle ampie zone di "scopertura" presumibilmente gestite o tramite autoorganizzazione delle famiglie, o tramite ricorso ad altri setting assistenziali, o tramite l'assenza completa di assistenza.

#### **2.4.1 Le relazioni tra i diversi setting assistenziali: modelli e pattern regionali**

Per comprendere se esistono pattern o modelli ricorrenti di ricorso alla filiera dei servizi, oltre che l'esistenza di relazioni tra questi, e rispondere quindi alle domande poste rispetto alle modalità di ricorso ai diversi setting assistenziali, sono state confrontate quattro coppie di dimensioni, tipicamente considerate come alternative nella risposta al bisogno:

**1. Ricoveri ospedalieri ordinari vs Inserimento in RSA:** posizionamento delle Regioni rispetto al mix tra dotazione di servizi di lungo-assistenza (strutture tipo RSA) in rapporto al ricorso a ricoveri ospedalieri in regime ordinario in medicina da parte di cittadini over75.

**2. Ricoveri ordinari in strutture intermedie (Lungodegenza e Riabilitazione) vs Ricoveri ordinari per acuti:** confronto basato sul fenomeno dei ricoveri ospedalieri dei cittadini over75. Considerando i soli ricoveri ordinari in medicina, in quanto quelli più facilmente considerabili come possibile risposta assistenziale ai bisogni derivanti dalla non autosufficienza, si è voluto indagare se esistessero differenze tra il ricorso a ricoveri per acuti oppure in riabilitazione o lungodegenza.

[15] Avendo calcolato il dato di copertura del bisogno sulla popolazione non autosufficiente over75 e non su quella over65 (come sopra), i tassi di copertura presentati in questa tabella risultano più alti rispetto a quelli precedentemente commentati. In particolari valori molto vicini o addirittura superiori al 100% devono essere interpretati avendo presente che sebbene la popolazione di riferimento sia stata ristretta a quella over75, la dotazione della rete di offerta così come il ricorso alle badanti può avvenire anche per gli over65.

[16] La stima del numero di badanti è stata ottenuta seguendo il metodo presentato da Pasquinelli e Rusmini (2013). Il metodo di stima prevede di sommare il dato sui collaboratori domestici regolarmente presenti nelle diverse regioni italiane e ipotizzati come dedicati alla cura delle persone anziane, alla stima delle "badanti" irregolari presenti nelle diverse regioni. Il numero dei collaboratori domestici regolari dedicati alla cura degli anziani è dedotto dal totale dei collaboratori domestici e stimato pari al 50%. Sulla base del procedimento di calcolo di Pasquinelli e Rusmini, adattato per l'anno 2012, il numero dei lavoratori regolari è stato considerato pari al 40% dei caregiver familiari di ogni regione. In modo indiretto sono stati quindi calcolati il totale dei caregiver familiari e la componente irregolare.

**3. Rete lungo-assistenza (Lungodegenza + Riabilitazione + RSA) vs Ricoveri ordinari per acuti:** confronto tra i ricoveri per acuti e quelli riguardanti la lungo-assistenza e la filiera post-acuzie nel suo complesso (ricorso a RSA, a riabilitazione extra-ospedaliera e ospedaliera e lungodegenza ospedaliera)

**4. Cura informale vs Inserimento in RSA:** relazione tra il ricorso a "badantato" e la rete di offerta delle strutture sociosanitarie per anziani.

L'ipotesi alla base delle analisi era che, in assenza o in scarsa presenza di rete di servizi di lungo-assistenza (come nel caso di tutto il territorio italiano) è possibile immaginare un maggior ricorso alla rete ospedaliera e agli altri setting assistenziali come modalità sostitutiva di presa in carico (teoria dei «vasi comunicanti»).

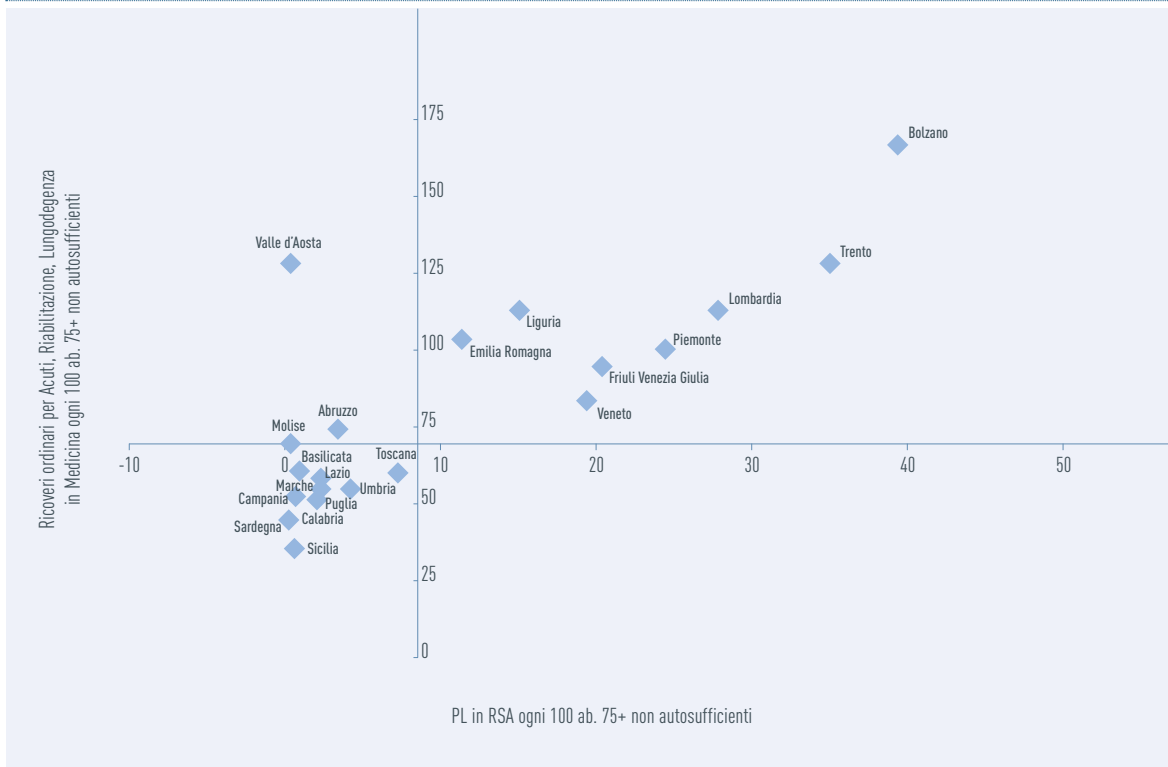
Dai dati emerge invece che in quei contesti dove il tasso di copertura del bisogno degli anziani non autosufficienti è più basso, anche il ricorso ai ricoveri ospedalieri, alle cure territoriali e alla cura informale è più basso. In quei contesti dove il tasso di copertura del bisogno tramite *setting* sociosanitario è più alto, anche il ricorso agli altri *setting* è più alto.

A titolo esemplificativo, si riporta una delle rappresentazioni realizzate a supporto dei risultati appena descritti: dal grafico si nota un trend (confermato anche dagli altri confronti proposti) che mostra una chiara dicotomia tra le Regioni con un posizionamento nel 1° quadrante (che presenta i valori più alti su entrambi gli assi) e il 3° quadrante (che presenta i valori più bassi per entrambi gli assi). Le Regioni che hanno una più alta dotazione di posti letto in RSA (quindi quelle con tasso di copertura del bisogno maggiore) sono quelle che presentano anche dati di maggior ricorso da parte degli over75 a ricoveri ospedalieri ordinari, siano essi per acuti, riabilitazione o lungodegenza.

Dai dati emerge invece che in quei contesti dove il tasso di copertura del bisogno degli anziani non autosufficienti è più basso, anche il ricorso ai ricoveri ospedalieri, alle cure territoriali e alla cura informale è più basso.



**Figura 17.** Ricoveri ospedalieri ordinari vs Inserimento in RSA: posizionamento delle Regioni rispetto al totale dei Ricoveri Ordinari in Medicina e ai posti letto in RSA – ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti



Fonte: elaborazioni degli autori su dati SDO, Ministero della Salute

Rispetto alle altre analisi svolte, si confermano gli stessi risultati:

- non esistono differenze sostanziali tra le diverse tipologie di ricovero in ospedale. Infatti, nelle Regioni dove il numero di ricoveri per acuti è più alto e dove è più ampia la copertura del bisogno anche il ricorso a ricoveri in riabilitazione o lungodegenza è maggiore;
- anche rispetto alla relazione tra ricoveri per acuti e lungo-assistenza e filiera post-acuzie nel suo complesso (ricorso a RSA, a riabilitazione extra-ospedaliera e ospedaliera e lungodegenza ospedaliera) emerge un chiaro effetto combinato e incrementale che posiziona le Regioni con maggiore dotazione e fruizione della rete della lungo-assistenza e post-acuzie tra quelle con più alto ricorso ai ricoveri per acuti;

- anche rispetto al ricorso al “badantato” rapportato alla rete di offerta delle strutture sociosanitarie per anziani emerge in modo evidente che i contesti territoriali dove la rete dei servizi è più sviluppata sono anche quelli dove maggiore è il ricorso alle cure informali di badanti e simili.

Obiettivo delle analisi svolte era di verificare ed analizzare l'eventuale esistenza di modelli regionali differenti con riguardo ai volumi complessivi dell'offerta e dei servizi erogati agli anziani non autosufficienti (siano essi over65 o over75). Se era lecito aspettarsi che nelle regioni dove la dotazione di offerta sociosanitaria è più limitata, fosse più alto il ricorso da parte degli anziani all'ospedale e al territorio o, in alternativa, alla cura informale, i dati mostrano al contrario una relazione diretta tra la fruizione di tutti i diversi servizi considerati, dal ricovero ospedaliero alla presenza di badanti.

Quali possono essere le ragioni che motivano un fenomeno di questo tipo? Diverse alternative sono state considerate. Su tutte, il «classico» tema della “offerta che genera domanda” o, in alternativa, la constatazione di un ancora esistente divario tra nord e sud nella dotazione complessiva dell'offerta dei servizi compensato dal permanere di diversi modelli famigliari e culturali della presa in carico dell'anziano. A queste si deve aggiungere la rilevanza del tema della programmazione e del governo pubblico.

#### **2.4.2 Come possiamo interpretare questi fenomeni?**

Al fine di raccogliere il punto di vista del programmatore pubblico e di sistematizzare possibili interpretazioni, sono state condotte ulteriori analisi tramite il metodo dei *focus group*. I dati e le evidenze prodotte rispetto alle relazioni tra i diversi *setting* assistenziali sono stati oggetto di discussione con esperti e addetti ai lavori del settore sanitario e sociale, con l'obiettivo di comprendere meglio e più da vicino il fenomeno rappresentato e avanzare possibili ipotesi interpretative. Alla discussione hanno partecipato dirigenti pubblici e massimi esperti del sistema.

Le possibili ipotesi interpretative considerate ruotano intorno a quattro diversi gruppi di considerazioni:

**1. Il nodo delle cure intermedie:** una possibile interpretazione discussa ha riguardato le caratteristiche e le specificità dei servizi di cure intermedie e territoriali. Dati i risultati presentati si potrebbe arrivare a supporre che lo snodo non funzionante sia proprio quello delle cure intermedie, attualmente non adeguate a rispondere ai bisogni degli over75 che, quindi, fanno ricorso agli accessi ospedalieri o alla cura informale in modo aggiuntivo e non sostitutivo agli altri *setting* ospedalieri.

**Nelle Regioni dove il numero di ricoveri per acuti è più alto e dove è più ampia la copertura del bisogno anche il ricorso a ricoveri in riabilitazione o lungodegenza è maggiore.**

**2. Diversi gradi di attenzione nella presa in carico:** la relazione diretta tra la fruizione dei diversi *setting* assistenziali potrebbe essere motivata dal fatto noto in letteratura che l'essere inseriti in un *setting* assistenziale di qualsiasi tipo fa aumentare il livello di attenzione e monitoraggio sulla salute e le condizioni dell'utente da parte del *care giver*, chiunque esso sia. Questo fa sì che si generi domanda autoindotta più alta di quanto non accade per anziani soli o al di fuori di qualsiasi *setting* assistenziale.

**3. L'offerta crea la domanda:** una ulteriore motivazione considerata è quella che riconosce come nei contesti regionali dove più si sono sviluppate modalità di offerta alternative all'ospedale, queste non hanno generato l'effetto sostituzione auspicato (tra ospedale e cure intermedie/territoriali) ma al contrario hanno generato maggiori volumi di attività (fenomeno dell'offerta che crea la domanda) anche in mancanza di una regia complessiva da parte della programmazione pubblica.

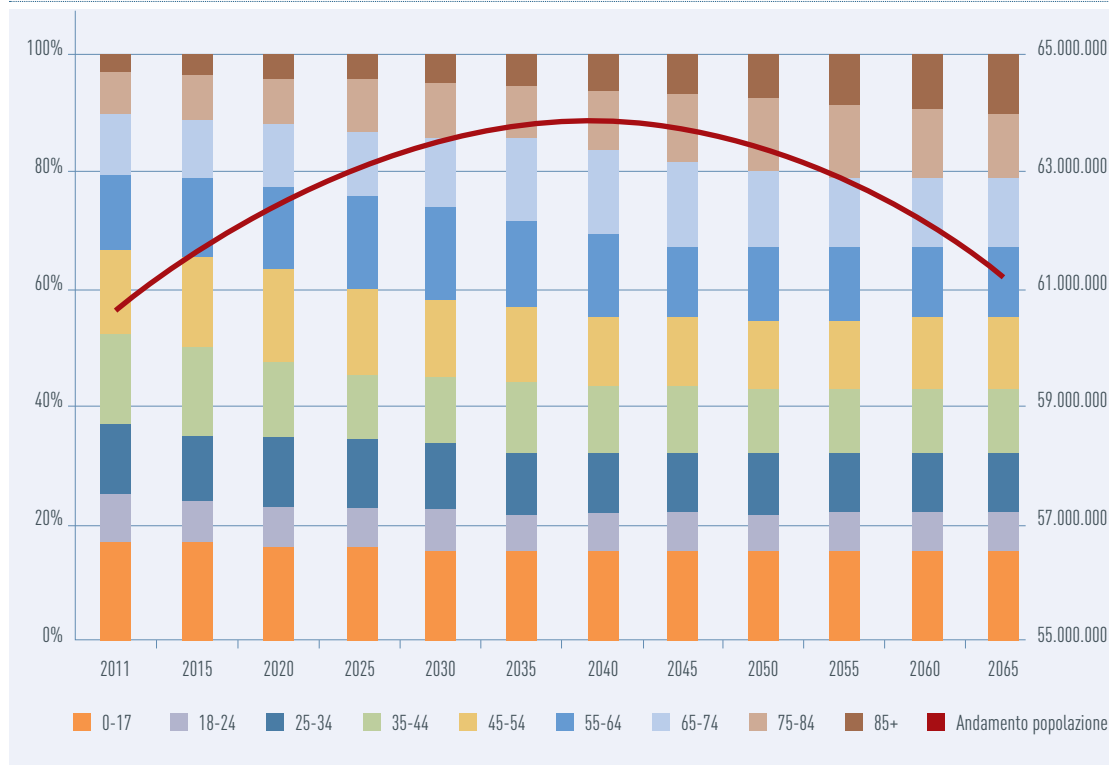
**4. Insufficienza della rete di offerta:** il ricorso massiccio a qualsiasi *setting* assistenziale disponibile è altresì motivabile considerando che, in ultima analisi, in qualsiasi contesto regionale il livello quantitativo di presa in carico degli anziani è inferiore al bisogno complessivo. Per questo motivo qualsiasi *setting* assistenziale disponibile viene saturato dagli utenti over75.

#### **2.4.3 Trend futuri, possibili prospettive e punti di attenzione**

Il quadro che emerge dall'analisi condotta è particolarmente interessante e offre diversi spunti di riflessione per il ripensamento del ruolo del comparto sociosanitario nell'economia del sistema di welfare italiano. Soprattutto in chiave prospettica, con un orizzonte temporale di medio-lungo periodo, è interessante chiedersi se e come un sistema siffatto sia sostenibile nel tempo, scontrandosi con le crescenti pressioni derivanti dal progressivo invecchiamento della popolazione e un conseguente aumento della domanda potenziale. In quest'ottica, si è cercato di proporre un esercizio che andasse oltre la fotografia dell'attuale condizione, provando a immaginare come potrebbe potenzialmente evolvere il sistema nel suo complesso.

I dati mostrano una relazione diretta tra la fruizione di tutti i diversi servizi considerati, dal ricovero ospedaliero alla presenza di badanti.

**Figura 18.** Andamento della popolazione in termini assoluti e distribuzione percentuale per fasce d'età (2011-2065)



Fonte: rielaborazione da dati ISTAT

Da una prima rilevazione di contesto basata sulla stima del trend demografico nei prossimi cinquant'anni promossa da ISTAT, la [Figura 18](#) sintetizza due dimensioni di estremo rilievo: (i) la stima del trend, in termini assoluti, della numerosità complessiva della popolazione (linea di tendenza) e (ii) la sua distribuzione nelle diverse fasce d'età (barre). Rispetto a tali dimensioni, è possibile sottolineare due importanti fenomeni: (i) la numerosità della popolazione tenderà ad aumentare sino al 2040 circa (seppur di poco: 3,6%), per poi intraprendere un più accelerato trend di riduzione; (ii) la fascia di popolazione over65, che ad oggi compone poco più del 20% della popolazione complessiva, sembra destinata a superare la soglia del 30% entro il 2040. Tali evidenze sottolineano la necessità di avviare serie riflessioni rispetto all'organizzazione dell'offerta per un problema, quello della non autosufficienza della popolazione più anziana, destinato inevitabilmente ad aumentare.

A partire da tali premesse, è stata condotta un'analisi che cercasse di rispondere a due similari ma ben distinte domande di ricerca:

- A parità di tasso di prevalenza e a parità di offerta in RSA, come varierebbe il tasso di copertura del bisogno al variare della domanda potenziale?
- A parità di tasso di prevalenza e a parità di tasso di copertura attuale del bisogno, come dovrebbe variare la capacità produttiva dell'offerta al variare della domanda potenziale?

Queste due domande si basano su una ipotesi di lavoro molto forte e criticabile, ovvero quella di considerare solamente la rete di offerta in strutture residenziali. Questa ipotesi, in controtendenza rispetto al concetto di filiera e di modulabilità dei servizi presentato sopra e seguito in tutte le altre analisi, è stata necessaria al fine di rendere possibili le proiezioni e semplificare al massimo i risultati. Nel presentare queste analisi siamo consapevoli della loro limitatezza e delle criticità intrinseche in un approccio di questo tipo. L'obiettivo delle elaborazioni presentate non è quindi quello di rappresentare scenari esaustivi ma piuttosto di avviare una discussione basata su dati concreti che possa alimentare il dibattito corrente.

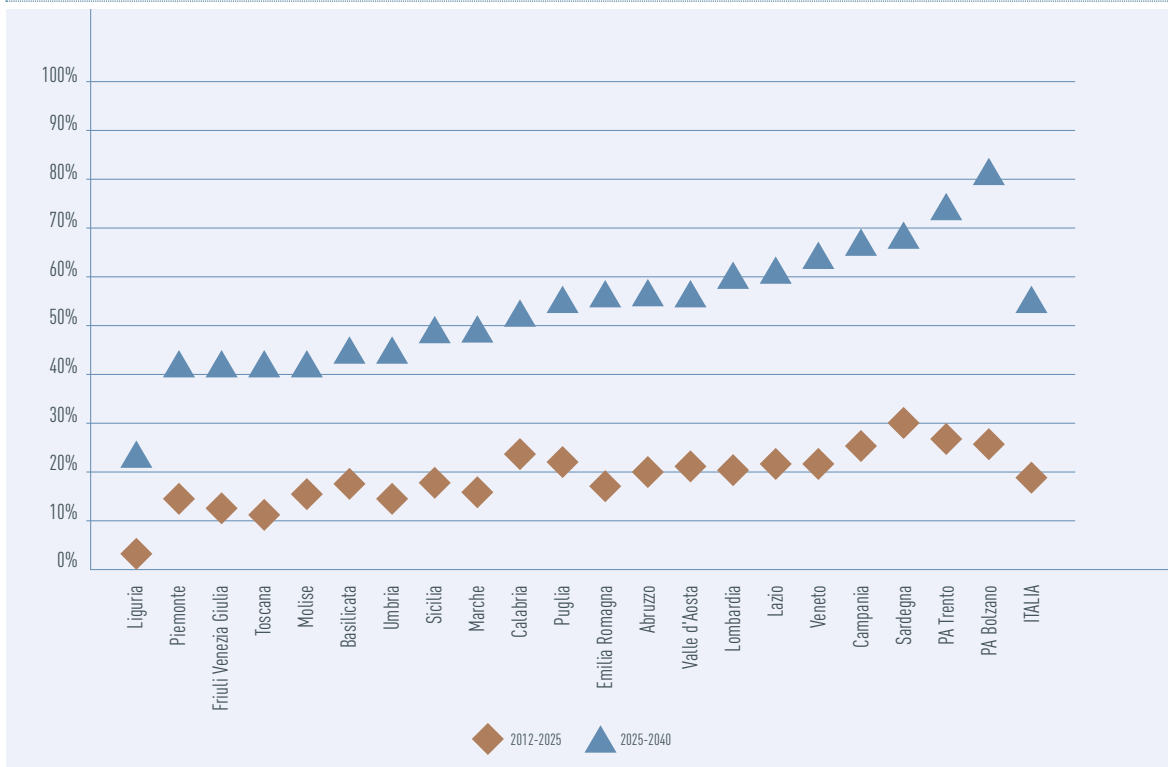
Fatta questa premessa, è stato valutato il possibile sviluppo futuro della copertura del bisogno sotto l'ipotesi di rete di offerta immutata. La [Tabella 5](#) evidenzia che a parità di offerta di RSA e a fronte di un importante incremento della popolazione interessata, come prevedibile, il tasso di copertura del bisogno subirebbe una importante riduzione (specialmente se osserviamo il fenomeno in termini relativi), passando, a livello nazionale, dall'attuale 7,3% al 4,7% nel 2040 per gli over65 e dall'attuale 8,5% al 5,1% nel 2040 per gli over75. Rispetto a entrambi i cluster di popolazione considerati, sarebbero le PA di Trento e Bolzano a subire le maggiori ripercussioni: guardando agli over65 si verificherebbe una riduzione di circa 12-13 punti percentuali; rispetto agli over75 la riduzione sarebbe significativamente più rilevante, rispettivamente pari a circa 17 e 20 punti percentuali.

**Tabella 5.** Stima del tasso di copertura per over65 e over75: situazione attuale (2012) e prospettica (2025 e 2040)

REGIONE	OVER 65			OVER 75		
	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi sociosan pubblici (RSA) -2012	Tasso di copertura 2025 a parità di offerta in RSA	Tasso di copertura 2040 a parità di offerta in RSA	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi sociosan pubblici (RSA) -2012	Tasso di copertura 2025 a parità di offerta in RSA	Tasso di copertura 2040 a parità di offerta in RSA
Abruzzo	2,98%	2,49%	1,88%	3,30%	2,84%	2,09%
Basilicata	0,88%	0,75%	0,60%	0,95%	0,86%	0,64%
Calabria	1,69%	1,38%	1,09%	1,92%	1,61%	1,18%
Campania	0,35%	0,28%	0,21%	0,44%	0,34%	0,23%
Emilia Romagna	8,98%	7,73%	5,68%	11,25%	9,35%	7,11%
Friuli Venezia Giulia	15,27%	13,40%	10,59%	20,38%	15,87%	12,86%
Lazio	2,37%	1,94%	1,44%	2,33%	1,80%	1,35%
Liguria	10,40%	9,83%	8,28%	14,89%	13,07%	11,37%
Lombardia	17,90%	14,88%	10,97%	27,83%	20,98%	15,84%
Marche	2,32%	2,00%	1,53%	2,11%	1,81%	1,38%
Molise	0,27%	0,24%	0,19%	0,29%	0,27%	0,20%
Piemonte	16,25%	14,14%	11,28%	24,22%	19,74%	15,89%
Puglia	1,83%	1,48%	1,15%	2,21%	1,68%	1,26%
Sardegna	0,14%	0,11%	0,08%	0,13%	0,09%	0,07%
Sicilia	0,51%	0,43%	0,34%	0,45%	0,38%	0,28%
Toscana	7,79%	6,89%	5,40%	7,36%	6,11%	4,96%
PA Bolzano	28,70%	22,91%	15,58%	39,31%	28,51%	19,52%
PA Trento	26,49%	21,01%	14,99%	34,78%	26,67%	18,25%
Umbria	4,54%	3,96%	3,09%	4,17%	3,55%	2,81%
Valle d'Aosta	0,13%	0,10%	0,08%	0,19%	0,15%	0,11%
Veneto	14,50%	11,91%	8,70%	19,35%	14,72%	10,77%
ITALIA	7,32%	6,14%	4,66%	8,47%	6,74%	5,09%

Rispetto alla seconda domanda di ricerca ovvero quella che ipotizza di mantenere stabile il tasso di copertura odierno e di valutare il delta di offerta in RSA che ne deriverebbe, è estremamente interessante osservare come, al fine di mantenere inalterato un tasso di copertura oggi modesto, sarebbe necessario un adeguamento dell'offerta particolarmente rilevante. Infatti, a livello di sistema Paese, si dovrebbe incrementare la dotazione di posti letto in RSA, rispetto al dato 2012, di quasi il 20% entro il 2025 e del 57% entro il 2040. In pratica, ogni regione dovrebbe incrementare la propria offerta, da qui al 2040, di almeno il 40% (ad eccezione della Liguria). Si tratterebbe di aumentare mediamente la dotazione di posti letto in RSA di circa il 2% all'anno, che dovrebbe però essere accompagnato da una cabina di regia che indirizzi il sistema verso una direzione chiara e definita.

**Figura 19.** Incremento percentuale della rete di offerta (considerando solo le strutture residenziali - RSA) necessario al mantenimento dell'attuale tasso di copertura (delta 2012-2025 e 2012-2040)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati Ministero della Salute

L'esercizio proposto è finalizzato a portare nel dibattito pubblico il tema della programmazione della filiera degli interventi per gli anziani non autosufficienti con dati che possano sottolinearne la rilevanza in chiave prospettiva: in un contesto di risorse pubbliche in gioco costanti (o comunque destinate a non aumentare in maniera significativa in un prossimo futuro) e di crescente complessità nelle modalità richieste per la risposta al bisogno assistenziale espresso dalla popolazione, il solo mantenimento dello status quo esistente risulta essere insostenibile, sia in termini di appropriatezza, che di equità che di equilibrio economico.

Si manifesta la necessità quindi dell'avvio di una riflessione di sistema sul tema della filiera e dei modelli di presa in carico.

**Al fine di mantenere inalterato un tasso di copertura oggi modesto, si dovrebbe incrementare la dotazione di posti letto in RSA, rispetto al dato 2012, di quasi il 20% entro il 2025 e del 57% entro il 2040.**



## 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

Atella V., Kopinska, J., Medea, G., Belotti F., Tosti V., Piano Mortari A., Cricelli C., and Fontana L. (2015) Excess body weight increases the burden of age-associated chronic diseases and their associated health care expenditures. *Aging*, 7(10):882–892, 2015

Atella V., Belotti F., Carrino L., Kopinska J., Piano Mortari A. (2016) The sustainability and inclusiveness of Long-Term Care systems in Europe: a look ahead., CEIS Working Paper.

Atella V., Belotti F., Kopinska J., Piano Mortari A., Cricelli C., Fontana L. (2016) Trends in ageing related disease burden and health care utilization: evidence from Italy, CEIS Working Paper.

Badley EM, Canizares M, Perruccio AV, Hogg-Johnson S, Gignac MAM. (2015) Benefits Gained, Benefits Lost: Comparing Baby Boomers to Other Generations in a Longitudinal Cohort Study of Self-Rated Health. *The Milbank Quarterly*, 93(1)2015.

Balbus, J. M., Barouki, R., Birnbaum, L. S., Etzel, R. A., Gluckman, S. P. D., Grandjean, P., Hancock, C., Hanson, M. A., Heindel, J. J., Hoffman, K., Jensen, G. K., Keeling, A., Neira, M., Rabadan-Diehl, C., Ralston, J. and Tang, K.-C., 2013, Early-life prevention of non-communicable diseases, *Lancet* 381(9860) accessed 30 May 2014.

Bardi U. e V. Perini (2013), Declining trends of healthy life years expectancy (HLYE) in Europe. [arxiv.org/abs/1311.3799](http://arxiv.org/abs/1311.3799)

Blumenthal S. e Warren K., How Healthy Are Today's Young Adults? *The Huffington Post*, May 2014. [http://www.huffingtonpost.com/susan-blumenthal/millennial-health\\_b\\_862162.html](http://www.huffingtonpost.com/susan-blumenthal/millennial-health_b_862162.html)

Breyer, F., Costa-Font, J. e S. Felder, 2010. "Ageing, health, and health care", *Oxford Review of Economic Policy*, 26: 691-712.

Brugiavini, A., Padula, M., e G. Pasini, 2010. "La domanda di Long-term Care", in Brugiavini A e T. Jappelli "verso un nuovo sistema di architettura sociale per la famiglia", *Il Mulino*.

Bussolo, Maurizio, Johannes Koettl, and Emily Sinnott. 2015. *Golden Aging: Prospects for Healthy, Active, and Prosperous Aging in Europe and Central Asia*. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0353-6.

- Cain, E. 2010. "Social Protection and Vulnerability, Risk and Exclusion Across the Life-Cycle", HelpAge International, UK.
- Case, A, and A Deaton. 2005. "Broken down by Work and Sex: How Our Health Declines." In *Analyses in the Economics of Aging*. Chicago : University of Chicago Press.
- Chetty, R, Stepner, M, Abraham, S, Lin, S, Scuderi, B, Turner, N, Bergeron, A, Cutler, D. The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001-2014. *JAMA*. 2016;315(16):1750-1766. doi:10.1001/jama.2016.4226
- Cheung K, Yip P [2010] Trends in healthy life expectancy in Hong Kong SAR 1996-2008. *Eur J Ageing* 7 (4):257-269
- Costa G., Marra M., Salmaso S. e Gruppo AIE su crisi e salute, (2012). Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia, *Epidemiol Prev* 2012; 36(6):337-366.
- Cutler, D.M., Glaeser, E.L. and Shapiro, J.M. (2003). "Why have Americans become more obese?" *Journal of Economic Perspectives* 17(3): 93-118
- Drewnowski, A. (2003). "Fat and sugar: an economic analysis." *Journal of Nutrition* 133: 838S-840S
- Economou A., Nikolau A., Theodossiou I. (2008). Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *Journal of Economic Studies*, 35:368-384.
- Economou M., Madianos M., Peppou L.E., Patelakis A. e Stefanis C.N. (2013). Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord*, 145, 308-14.
- EEA, 2014, Environmental indicator report 2014: Environmental impacts of production-consumption systems in Europe, European Environment Agency, Copenhagen, Denmark. See at <http://www.eea.europa.eu/publications/environmental-indicator-report-2014>
- EMCDDA, ECDC (2011). HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, European Centre for Disease Prevention and Control (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/hiv-in-injecting-drug-users-2011>, accessed 13 June 2012).

European Environment Agency, The European environment - State and outlook 2015, Chapter 5 "Environment, health and quality of life".

Eurostat Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. Statistics in focus, 72/2008

Fries JF (1980) Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 303:130-135

Fries JF (1989) The compression of morbidity: near or far? *Milbank Memorial Fund Q* 67:208-232. Gruenberg, 1977

Fries JF (2002) Reducing disability in older age. *JAMA* 288:3164-3166.

Galenkamp H, Braam AW, Huisman M, Deeg DJH (2012) Seventeen-year time trend in poor self-rated health in older adults: changing contributions of chronic diseases and disability. *Eur J Public Health*. doi:10.1093/eurpub/cks031

Hanlon, P., Walsh D., and Whyte, B. (2006), *Let Glasgow flourish*. Glasgow: Glasgow Centre for Population Health.

Hashimoto S, Kawado M, Seko R, Murakami Y, Hayashi M, Kato M, Noda T, Ojima T, Nagai M, Tsuji I (2010) Trends in Disability-Free Life Expectancy in Japan, 1995-2004. *J Epidemiol* 20 (4):308-312

Hubert HB, Bloch DA, Oehlert JW, Fries JF (2002) Lifestyle Habits and Compression of Morbidity. *Journal of Gerontology* 57A(6):M347-M351.

ISTAT La vita quotidiana nel 2001-2011. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2011.

ISTAT (2014), Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione, disponibile online <http://www.istat.it/it/archivio/144093>

ISTAT (2015a), I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari – Anno 2013, disponibile online [http://www.istat.it/it/files/2015/12/Presidi-residenziali\\_2013.pdf?title=Presidi+residenziali+-+17%2Fdic%2F2015+-+Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf](http://www.istat.it/it/files/2015/12/Presidi-residenziali_2013.pdf?title=Presidi+residenziali+-+17%2Fdic%2F2015+-+Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf)

ISTAT (2015b), Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati – Anno 2012, disponibile online <http://www.istat.it/it/archivio/166482>

ISTAT (2015c), Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi – Anno 2013, disponibile online [http://www.istat.it/it/files/2015/07/Inclusione-sociale-persone-con-limitazioni-funzionali\\_def\\_240715.pdf?title=Limitazioni+funzionali%2C+invalidit%C3%A0%2C+cronicit%C3%A0+gravi+-+21%2Flug%2F2015+-+Testo+integrale.pdf](http://www.istat.it/it/files/2015/07/Inclusione-sociale-persone-con-limitazioni-funzionali_def_240715.pdf?title=Limitazioni+funzionali%2C+invalidit%C3%A0%2C+cronicit%C3%A0+gravi+-+21%2Flug%2F2015+-+Testo+integrale.pdf)

ISTAT (2016), Previsioni della popolazione 2011-2065, disponibile online <http://demo.istat.it/uniprev2011/index.html#>, ultimo accesso 04/11/2016.

Kentikelenis A. et al. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378(9801):1457–1458.

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.

Kramer M (1980) The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 62 (Suppl. 285):282-297.

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.

Ministero della Salute (2015b), Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale– Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN – Anno 2012, disponibile online [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2370\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2370_allegato.pdf)

Madianos M. et al. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10):943–952.

Manton KG (1982) Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Memorial Fund Q / Health Soc* 60:183-244.

Ministero della Salute (2015a), Rapporto SDO 2014, disponibile online [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2396\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2396_allegato.pdf)

Olshansky SJ, Rudberg MA, Carnes BA, Cassel CK, Brody J (1991) Trading off longer for worsening health: the expansion of morbidity hypothesis, *Journal of Aging and Health*, 3 (2):194-216.

OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità (2002) Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. World Health Organization, Ginevra. Disponibile online <http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1>

Orimo H., Ito H., Suzuki T., Araki A., Hosoi T. e Sawabe M. (2006) Reviewing the definition of «elderly», *Geriatrics & Gerontology International*, (6)3: pp. 149-158.

Pasquinelli S. e Rusmini G. (2013) *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche*, Ediesse, Roma.

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*. 2014; 9(3): e93087.

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

Propper, C. (2005). "Why economics is good for your health". 2004 Royal Economic Society Public Lecture. *Health Economics* 14(10): 987-997.

Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A. e McKee M. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*, 378, 124-5.

Progetto grafico: ideogramma.it  
Stampa: Arti Grafiche Baratelli

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

## Numeri precedenti

Luglio 2012

Il futuro del SSN tra sfide da vincere e inefficienze da eliminare

Gennaio 2013

La Spesa Sanitaria in tempi di *Spending Review*:  
il quadro di sintesi dei prossimi anni

Luglio 2013

Sanità e salute: la variabile generazionale

Novembre 2013

Compartecipazione alla Spesa Sanitaria e salute dei pazienti

Gennaio 2014

La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN

Luglio 2014

I conti della sanità: consuntivi e prospettive future

Settembre 2014

I trend di spesa in sanità: il ruolo dei prezzi

Dicembre 2014

Le sfide del welfare nell'Italia che invecchia:

welfare state e welfare society

Gennaio 2015

Crisi economica, disegualianze nell'accesso ai servizi  
sanitari ed effetti sulla salute delle persone in Italia

Maggio 2015

Efficacia dei meccanismi di compartecipazione sulla spesa  
sanitaria: le differenze regionali e gli effetti in termini  
di salute e spesa sanitaria.

Luglio 2015

I conti della sanità in Italia: consuntivi e prospettive future

Novembre 2015

Healthy and active aging e le politiche di LTC in Italia

Gennaio 2016

La struttura dei costi della sanità in Italia:  
analisi dei trend e dei differenziali regionali (2004-11)

Giugno 2016

La gestione del rischio in sanità: il ruolo dell'organizzazione

Luglio 2016

Alla difficile caccia della inappropriatezza

Dicembre 2016

I conti della sanità: consuntivi del 2015 e prospettive future

**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](mailto:info@fondazionefarmafactoring.it)

[fondazionefarmafactoring.it](http://fondazionefarmafactoring.it)