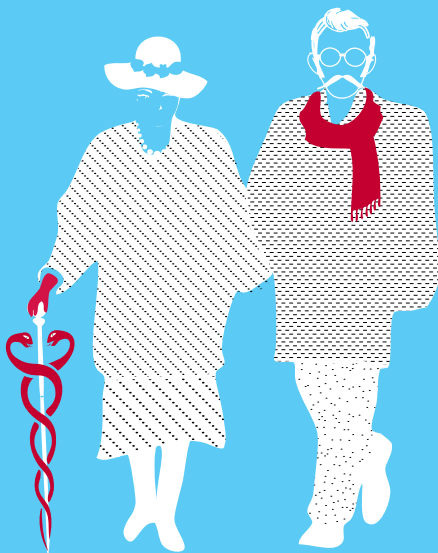


neodemos.it



**salute, sopravvivenza
e sostenibilità
dei sistemi sanitari:**
*la sfida dell'invecchiamento
demografico*



FONDAZIONE
CESIFIN
ALBERTO PREDIERI

ISTITUTO
Niels
STENSEN
www.stensen.org



**Salute, sopravvivenza
e sostenibilità
dei sistemi sanitari:**
*la sfida
dell'invecchiamento
demografico*



Salute, sopravvivenza e sostenibilità dei sistemi sanitari:
la sfida dell'invecchiamento demografico

Istituto Stensen, 19 novembre 2013

ISBN 978-88-941008-4-6

A cura di **Massimo Livi Bacci**

Realizzazione grafica **Caterina Livi Bacci, Giovanni Mattioli**

Con il contributo di **Ente Cassa di Risparmio di Firenze e Istituto Stensen**

Indice

- 7 Premessa
di Ennio Brovedani SJ e Attilio Maseri
- 13 Invecchiamento, longevità, salute: nuovi bisogni,
nuove opportunità
di Viviana Egidi
- 33 La sostenibilità del Sistema Sanità
di Cesare Cislaghi
- 49 Strategie di management e sostenibilità del sistema salute
di Sabina Nuti
- 65 Dialogo di Enrico Rossi, Presidente della Regione Toscana,
con Massimo Livi Bacci
- 74 Neodemos: Associazione Culturale
- 76 Premiazione del concorso “Neodemos e i giovani”
- 77 Autori di www.neodemos.it
(anni 2007 - 2013)

Premessa

Ennio Brovedani, SJ

Ho il piacere di dare il benvenuto a Enrico Rossi, Presidente della Regione Toscana e al Professore Attilio Maseri, Presidente della Fondazione per il Tuo Cuore, che hanno cortesemente acconsentito di partecipare a questo incontro; un caloroso benvenuto a Viviana Egidi, Sabina Nuti e Cesare Cislighi, le cui relazioni rappresentano la spina dorsale del nostro incontro, e buon pomeriggio a tutti gli intervenuti. È una tradizione della Fondazione Stensen ospitare incontri su temi attuali e complessi che richiedono appropriate riflessioni culturali. Oggi affrontiamo il tema della salute, della sopravvivenza e della sostenibilità dei sistemi sanitari; si tratta di questioni di complessa gestione, che impegnano il nostro futuro e quello delle generazioni che verranno. Una gestione resa difficile, tra l'altro, dal rapido invecchiamento demografico del paese e dai costi crescenti della sanità. Si sente molto parlare della "sfida" dell'invecchiamento: vorrei però dire che l'evoluzione della società è fatta di "sfide"; è lo stesso vivere ad essere una sfida.

L'incontro è stato organizzato dalla Associazione Neodemos, presieduta dal professor De Santis, dalla Fondazione Cesifin, presieduta dal professor Morbidelli, e dalla Fondazione Niels Stensen che io stesso presiedo. A Massimo Livi Bacci, che ringrazio per l'organizzazione e partecipazione, è affidato il compito di moderare l'incontro. Mi limito a una breve presentazione del professor Attilio Maseri al quale abbiamo chiesto di introdurre l'incontro. Se dovessi leggervi tutto il suo curriculum, sono certo che Egli stesso sarebbe imbarazzato. Mi pare più che sufficiente richiamare la sua professionalità e fama mondiale, per aver avuto tra i suoi pazienti la Regina Elisabetta e Papa Giovanni Paolo II. Uno straordinario testimone, dunque, per l'esperienza, la saggezza e la sapienza che stasera condividerà con noi. Grazie, professor Maseri, e a Lei la parola.

Attilio Maseri

Presidente della Fondazione "Per il tuo Cuore"

Grazie, Padre Brovedani, per le sue parole e per l'invito che mi è stato rivolto. Debbo dire che nell'accettarlo mi sono trovato in qualche imbarazzo e anche se sull'argomento ho molto riflettuto e nella mia vita ne ho viste e sentite di tutti i colori, non è per niente facile dirvi qualcosa di significativo. Poi mi son detto che forse sono stato invitato perché le malattie cardiovascolari sono la più importante causa di ospedalizzazione e, purtroppo, anche la principale causa di morte, e la loro incidenza aumenta con l'età. A 80 anni, l'incidenza dell'infarto è enormemente superiore che a 60 o 40 anni. Sono un cardiologo, nella mia lunga esperienza ho visto di tutto, può allora esservi utile conoscere la mia opinione su questo complesso argomento. E quindi cercherò di offrirvi il mio punto di vista su come affrontare con successo il problema dei costi crescenti, assicurando cure efficaci che permettano di aumentare il numero di anni di vita sana e fruibile.

Qualche parola sulla mia vita professionale. Sono adesso Presidente della Fondazione per il Tuo cuore Onlus, una Fondazione creata dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), associazione nata nel 1963, che ha sede a Firenze e che nel 2008 mi ha chiesto di assumerne la presidenza. Ho accettato, e ve ne spiego la ragione, facendo un passo indietro. Nel 1978 – avevo allora 43 anni – sono andato a Londra, invitato a prendere la cattedra di cardiologia in quella università. Una grande sorpresa, visto che fino a poco tempo prima ero un semplice assistente volontario all'Università di Pisa. Alla metà degli anni '80 fui colpito dalla lettura sul Lancet di uno studio scritto da un gruppo di cardiologi ospedalieri italiani dell'ANMCO, che ha rivoluzionato la terapia dell'infarto acuto in tutto il mondo. Lo studio riportava i risultati di una ricerca, svolta su 12000 pazienti, che dimostrava un fatto assai importante. Somministrando un farmaco, la streptokinasi, capace di sciogliere i trombi, ad una persona con i sintomi iniziali di un infarto da non più di un'ora, si riduceva della metà il rischio di morte. Le numerose repliche dell'indagine, effettuate in vari paesi, hanno confermato questo risultato. A distanza di dieci anni dalla pubblicazione di quel lavoro, vari articoli apparsi su riviste internazionali

hanno ricordato e celebrato questo successo della cardiologia italiana. E così, quando sono stato invitato a presiedere la Fondazione – ero allora professore di cardiologia e direttore del dipartimento cardio-toracico-vascolare del San Raffaele di Milano – non ho avuto esitazioni: ho accettato, ho salutato Don Luigi Verzé, e mi sono impegnato nella Fondazione.

Avevo infatti la convinzione che questa Fondazione, espressione dell'associazione dei cardiologi, fosse una vera e propria macchina da guerra, che può riuscire a fare cose impossibili per altre istituzioni, come quella ricerca degli anni '80 che tanta eco internazionale ha avuto. La missione della Fondazione consiste nel valorizzare la ricerca clinica, nella formazione dei cardiologi, nella elaborazione e diffusione di linee guida e di protocolli operativi che abbiano valenza in tutte le regioni. Ha funzioni educative, nell'intento di diffondere nella popolazione quegli stili di vita che sostengono una buona sopravvivenza, priva di problemi cardiovascolari. Fornisce indicazioni su quali siano i segnali di allarme che impongono di recarsi al più presto ad un pronto soccorso ospedaliero. Riflettiamo sugli enormi passi in avanti fatti dalla ricerca e sul fatto che arrivando ad un ospedale entro due ore dall'apparire dei primi sintomi si aumenta enormemente la possibilità di sopravvivenza dell'ammalato.

Come ho detto, la ricerca ha fatto grandissimi progressi, attraverso la sperimentazione dei farmaci, sottoponendo a test la loro efficacia. Il metodo classico consiste nel prendere campioni numerosi di pazienti – 1000, 2000, 5000 o più – tutti con gli stessi requisiti per essere compresi nello studio. Alla metà dei pazienti inclusi nel campione si somministra per un'appropriata durata il nuovo farmaco da sperimentare, mentre all'altra metà viene somministrato un placebo. Al termine dell'esperimento si confrontavano i due gruppi (il gruppo trattato col farmaco e quello trattato col placebo) con appropriate tecniche statistiche, per valutare gli eventuali vantaggi ottenuti per mezzo del nuovo trattamento; se tali vantaggi sono significativi e portano ad un significativo miglioramento nella cura della malattia. Una volta stabilita l'efficacia, il farmaco viene somministrato a tutti coloro che si trovano in una determinata condizione, con soddisfazione dei medici (e delle case farmaceutiche che producono i farmaci). Quello però che questo tipo di ricerca così fatta non può dire è perché per certi pazienti il farmaco produca mi-

gliamenti, e per certi altri no; essa ci dice solo che, “in media” quel farmaco fa bene. Insomma ho un bicchiere che è mezzo pieno e mezzo vuoto. Cerco di spiegarmi meglio con un esempio. Consideriamo un gruppo di uomini, di oltre 50 anni, sovrappeso, con pressione e colesterolo alti: sappiamo che questi hanno un elevato rischio d'infarto. Ma se sottoposti a determinati trattamenti di riduzione del rischio, la probabilità dell'insorgenza dell'infarto si riduce alla metà. Ma per quali ragioni il trattamento ha avuto effetto per alcuni e non per altri, benché queste due categorie di persone abbiano le stesse caratteristiche ed abbiano ricevuto lo stesso trattamento?

È qui che subentra un cambio di strategia: occorre spostare il fuoco dell'attenzione non su un trattamento “medio” dato a tutti, ma a trattamenti idealmente “fatti su misura”, o quasi. Pensate ai fabbricanti di scarpe: questi, avvalendosi di un'indagine antropometrica, trovano che la calzata media dell'Italiano adulto è la 42: forse che fabbricheranno solo scarpe di quella misura? Certamente questo non andrebbe bene a me, che indosso il 44 e mezzo. Bisogna dunque pensare a trattamenti specifici, per distinte categorie di individui: anche lo studio che ha reso famosi i cardiologi dell'ANMCO non ha considerato (per la sperimentazione del trattamento) “tutti” gli infarti, ma solamente quelli i cui sintomi si erano presentati da meno di un'ora.

Insomma, le strategie più efficaci sono quelle consistenti nel trattare solo quei malati che rispondono alla terapia specifica, individuati attraverso le ricerche cliniche, evitando quindi di trattare inutilmente ed in modo inefficace gli altri malati. Il mondo della ricerca è in ebollizione: in un recente convegno a Udine è emerso che, oramai, il costo della sequenziamento genomica di un individuo è diminuito enormemente e costa adesso circa mille dollari, ed è destinata a ridursi ancor di più nel futuro. Sarà così possibile individuare le peculiarità genetiche ed epigenetiche delle persone, ed evitare che si curi “sparando nel mucchio”. Insomma, ho cercato di dirvi che la ricerca clinica di base quando non sa dove puntare il proprio microscopio vede solo ciò che gli mettete sotto; quando invece lo sa, produce terapie più efficienti e a minor costo.

La ricerca clinica moderna deve invece osservare la persona nel suo complesso; cercare di cogliere le individualità che la distinguono dalle altre; collegare queste alle diversità di reazione di fronte alle terapie. Occorre dunque passare dalla cura della malattia alla

cura dell'ammalato. Sul piano più pratico e concreto, il cardiologo deve seguire la strada che già si segue per i tumori. Per esempio, ogni cardiopatico dimesso dall'ospedale deve essere fornito di una lettera di dimissione standardizzata, in modo che il medico di famiglia che lo segue sappia come deve muoversi e come comportarsi in caso di insorgenza di fatti nuovi. L'assistenza deve diventare, da generalizzata, personalizzata. I tempi sono maturi per questo cambio di filosofia, nella ricerca come nella cura.

Invecchiamento, longevità, salute: nuovi bisogni, nuove opportunità

Viviana Egidi, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

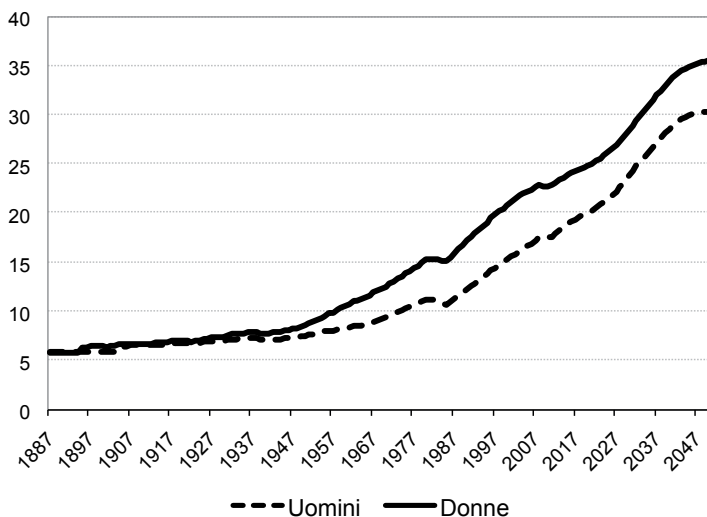
1. Allungamento della vita e invecchiamento della popolazione

L'invecchiamento demografico è il risultato di diversi fattori che congiuntamente concorrono a modificare la struttura per età di una popolazione. Da un lato, le forze endogene della dinamica demografica: l'aumentata sopravvivenza, che comporta un aumento del numero delle persone in età avanzata e la diminuita fecondità, che agisce erodendo le classi di età infantile e giovanile con il risultato di produrre lo squilibrio strutturale noto con il termine di invecchiamento demografico. Dall'altro, le forze esogene rappresentate dai movimenti migratori che, a seconda delle caratteristiche demografiche dei flussi e della loro dinamica temporale, apportano un contributo differenziale alle diverse classi di età: dapprima alle classi di età lavorativa, quando i flussi migratori sono prevalentemente formati da giovani lavoratori; successivamente anche alle classi di età infantili quando, a seguito della ricongiunzione familiare o della integrazione economica e sociale nel territorio di arrivo, gli immigrati costituiscono nuove famiglie. Il risultato di questa dinamica va nel senso di un ringiovanimento della struttura demografica della popolazione di arrivo, più o meno accentuato a seconda degli indicatori che si utilizzano per misurare questo fenomeno, ma che normalmente non è in grado di bilanciare l'azione dei fattori endogeni ma solo di attenuarne gli effetti.

La storia italiana, come del resto quella di tutti i paesi economicamente avanzati, è una storia di continuo invecchiamento della popolazione, sebbene i suoi ritmi si siano fatti particolarmente accentuati dal secondo dopoguerra. Se scegliamo come misura del fenomeno il più classico tra i suoi indicatori rappresentato dalla proporzione di persone con 65 anni e più, la sua evoluzione mostra un andamento talmente crescente che non può non destare meraviglia e preoccupazione. Da una proporzione intorno al 6% della fine del diciannovesimo secolo, dopo oltre cinquant'anni, alla fine del secondo conflitto

mondiale, si era ancora a proporzioni del 7-8%, a seconda del genere. Solo in seguito si avvia una crescita impetuosa che porta la proporzione a raddoppiare nei successivi cinquant'anni. Nel 2013 è arrivata al 18% e al 23%, rispettivamente per uomini e donne (mediamente una persona su 5 ha più di 65 anni) e se ne prevede l'aumento fino a toccare nel 2030 il 24-28% (una persona su 4) e a superare il 30% a metà del secolo (una persona su 3) (figura 1).

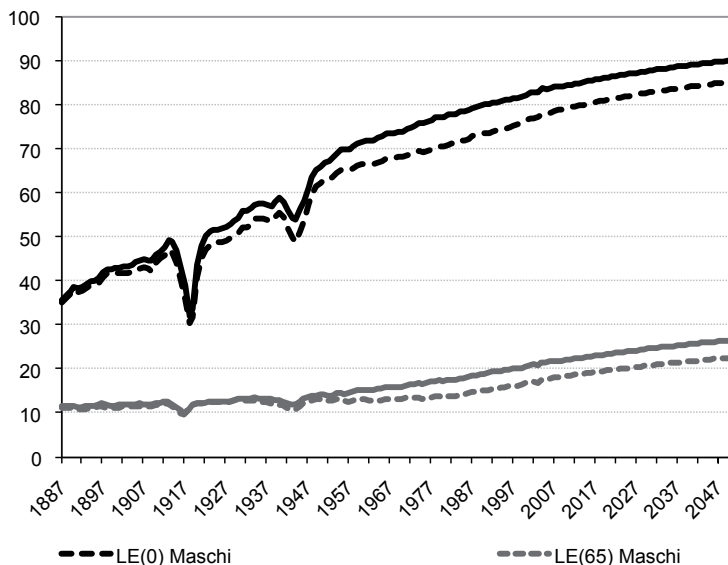
Una trasformazione radicale che influenza, tanto a livello individuale che collettivo, le dimensioni del vivere economico e sociale e che ha tra le sue determinanti la più grande conquista che l'umanità abbia raggiunto negli ultimi secoli, ovvero l'enorme allungamento della vita. Tra il 1887 e il 2011 la speranza di vita è passata dai 36 anni, un livello condiviso da uomini e donne, agli 80 anni per i primi e agli 85 anni per le seconde nel 2011, con un aumento di 44 e 49 anni, rispettivamente (3.5-4 anni ogni 10 anni, più di 4 mesi all'anno). Secondo le previsioni, sempre molto prudenti, dell'Istat, a metà di questo secolo, la speranza di vita potrebbe arrivare a 85 e a 90 anni rispettivamente per uomini e donne. Visti in termini di probabilità di sopravvivenza, i progressi sono ancora più impressionanti: alla fine dell'ottocento, meno di 1 persona su 3 arrivava al suo 65esimo compleanno, oggi lo fanno 9 persone su 10 e circa la metà arriva all'ottantacinquesimo compleanno. Nel 2050, il traguardo dei 65 anni potrebbe riguardare la quasi totalità delle persone (94% degli uomini e 97% delle donne) e dal 61% al 78%, a seconda se uomini o donne, potrebbero arrivare agli 85 anni.

Figura 1: Proporzioni (%) di persone di 65 anni e più, osservata e prevista. Anni 1887-2050

Fonte: Elaborazioni su dati Istat. Per gli anni successivi al 2011 si fa riferimento alla previsione con base 2011

Dal secondo dopoguerra, l'allungamento della speranza di vita ha investito anche le età anziane: a 65 anni il numero medio di anni residui era di 11 anni alla fine dell' '800 e nel 2011 è diventato di 18 e 22 anni rispettivamente per uomini e donne. Si prevede che a metà di questo secolo potrà arrivare ai 22.5 e 26.5 anni, rispettivamente.

Figura 2: Speranza di vita alla nascita e a 65 anni, osservata e prevista. Anni 1887- 2050



Fonte: Human Mortality Database e, per gli anni successivi al 2011, previsioni Istat

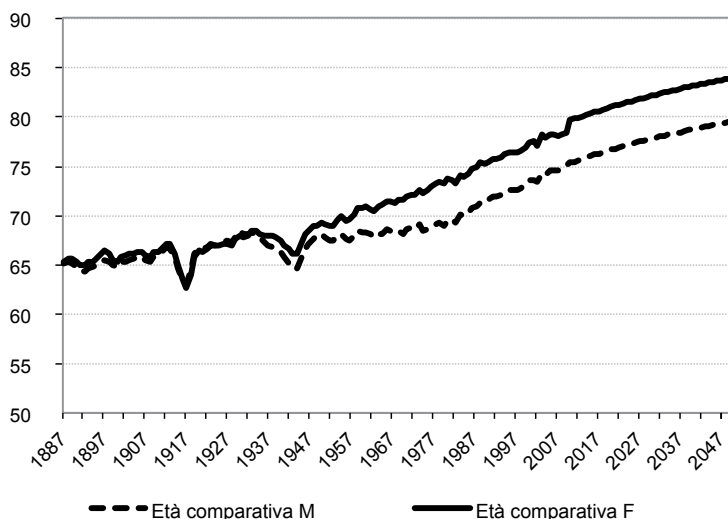
Questo grande aumento della longevità, tuttavia, ha portato con sé conseguenze che non sempre sono state valorizzate appieno, rischiando di comprometterne i benefici. Dal punto di vista collettivo, la domanda che ci si pone con crescente preoccupazione è se l'aumentata longevità sia sostenibile o se, piuttosto, rischi di mettere in crisi gli equilibri economici e sociali. Se l'equità intergenerazionale sia compromessa e se sia ancora possibile assicurare un welfare adeguato a tutte le generazioni che si trovano, e si troveranno, a coesistere. Dal punto di vista individuale, ci si chiede cosa vuol dire, e cosa vorrà dire, diventare anziani quando 9 persone su 10 arrivano a compiere i 65 anni di età e cambia completamente l'orizzonte temporale che si ha ancora davanti. Cosa vuol dire invecchiare, in un mondo in cui le persone vivono due-tre decenni dopo aver concluso l'attività lavorativa? Quando il sovrapporsi di quattro generazioni diventa la regola e non è rara l'eventualità che la sovrapposizione riguardi cinque generazioni? Come si rimodella, o come potrebbe rimodellarsi, il corso della vita per rendere equilibrate le sue diverse fasi?

Queste sono le domande che l'aumentata longevità impone all'attenzione e anche la sostenibilità dell'invecchiamento, individuale e collettivo, e lo stesso mantenimento del benessere raggiunto, dipenderà dalla capacità di trovare risposte innovative e convincenti a queste domande. Il ritardo che si sta cumulando nell'affrontare la nuova situazione denuncia l'incapacità di ripensare i concetti di età e di invecchiamento in modo coerente alle mutate condizioni imposte dalla "rivoluzione della longevità" (Butler 2008; Sanderson & Scherbov 2008). Diventa urgente rivedere profondamente non solo le strategie organizzative (tanto sociali che economiche) delle nuove società "invecchiate" ma anche gli strumenti di misura che si utilizzano per monitorare le dinamiche demografiche. Gli strumenti tradizionali basati sull'età anagrafica (o età cronologica), facendo riferimento al numero di anni trascorsi dal momento della nascita, hanno il difetto di essere statici e di non tenere affatto conto delle mutate condizioni di sopravvivenza e di salute. Vanno quindi individuati nuovi concetti e nuove misure capaci di rappresentare correttamente il fenomeno. Questo è un terreno di studio che, dopo aver conosciuto un periodo di interesse negli anni '70 (Ryder 1975), si sta riattivando negli anni recenti con alcuni interessanti proposte che rinnovano il concetto di età legandolo non più a una visione retrospettiva (la distanza dal momento della nascita) ma a una visione prospettiva (il tempo che si ha ancora da vivere) (Sanderson & Scherbov 2007; Lutz *et al.* 2008) un riferimento che, se è sconosciuto a livello individuale, può essere stimato con relativa affidabilità a livello collettivo mediante gli anni di vita ulteriori (o vita media residua). Questo riferimento consente di stimare una età comparativa (o età equivalente), ovvero un'età caratterizzata dallo stesso numero di anni ancora da vivere (la stessa speranza di vita ulteriore) rispetto a una età presa come riferimento (in un tempo precedente, di un genere, di un gruppo sociale). Un concetto che consente di misurare le modificazioni della struttura per età di una popolazione mediante una soglia dinamica della vecchiaia in grado di tener conto delle modificazioni avvenute nella sopravvivenza.

2. Età cronologiche ed età comparative: nuovi strumenti per misurare l'invecchiamento delle popolazioni

La figura 3 descrive l'evoluzione dell'età che, al variare della sopravvivenza ulteriore, può essere considerata equivalente ai 65 anni della fine dell'Ottocento e illustra chiaramente il processo di trasferimento dei rischi di morte verso età sempre più avanzate (la cosiddetta compressione della mortalità; Fries 1989): nei circa 125 anni che ci separano dal 1887, i rischi di morte sono stati posposti di 10 e 15 anni, rispettivamente per uomini e donne (nel 2011, ultimo anno a cui si riferiscono i dati osservati, l'età equivalente ai 65 anni del 1887 è di 75 anni per i primi e 79.7 anni per le seconde. Solo negli ultimi sessant'anni, a partire dal secondo dopoguerra, l'età equivalente è avanzata di 7 anni per gli uomini e 11 per le donne, con un ritmo di 2 mesi all'anno. Nel 2050, secondo le previsioni dell'Istat, si potrebbe arrivare a 79 e 84 anni prima di incontrare un'età che abbia lo stesso significato in termini di sopravvivenza dei 65 anni della fine dell'Ottocento, con un avanzamento complessivo di 14 e 19 anni, rispettivamente per uomini e donne.

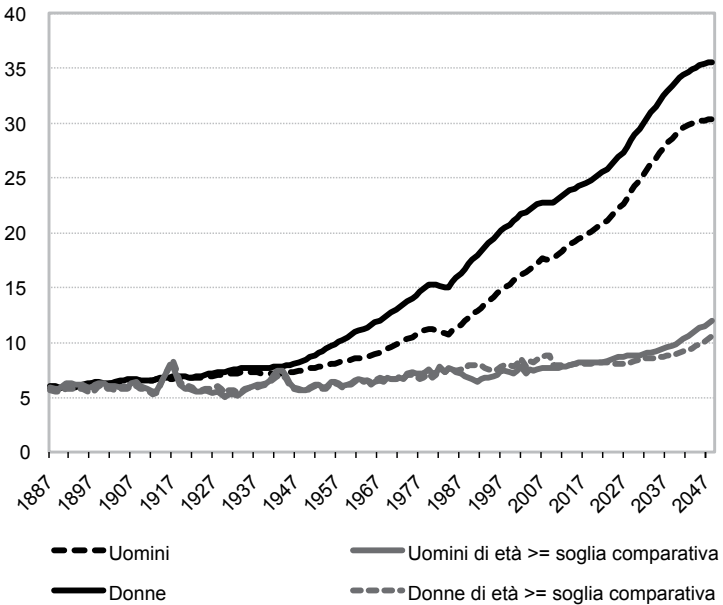
Figura 3: Età equivalente ai 65 anni del 1887. Anni 1887-2050



Fonte: Elaborazioni su dati dello Human Mortality Database. Per gli anni successivi al 2011 si fa riferimento alla previsione Istat con base 2011

Naturalmente, la valutazione dell'invecchiamento della popolazione espresso dalla percentuale di anziani coerente con queste nuove soglie della vecchiaia sarebbe completamente diversa da quella che è diventata consueta (figura 4). Per un lungo periodo, che si è protratto fino a tutti gli anni '60 del secolo scorso, la proporzione di coloro che avevano superato la soglia è rimasta al 6% della popolazione, tanto per gli uomini che per le donne. Negli anni '70, la proporzione ha iniziato ad aumentare sotto l'impulso del rapido incremento della sopravvivenza oltre i 65 anni. Oggi è arrivata all'8% e potrebbe arrivare all'11-12% a metà di questo secolo (figura 4). Valori che hanno un ordine di grandezza ben diverso dal 30-36% previsto per uomini e donne utilizzando la soglia dei 65 anni e che modificano anche i classici differenziali che siamo abituati a verificare. Gli uomini, secondo questa misura, avrebbero lo stesso grado di invecchiamento delle donne e, tendenzialmente, sarebbero mediamente più vecchi, ad esempio.

Figura 4: *Proporzione di persone di 65 e oltre e proporzione di persone che hanno superato l'età equivalente ai 65 anni del 1887. Anni 1887-2050. Valori percentuali*



Fonte: Elaborazioni su dati Istat. Per gli anni successivi al 2011 si fa riferimento alla previsione con base 2011

3. La maledizione di Titone? La qualità degli anni da vivere

Le età equivalenti che fanno riferimento alla sopravvivenza residua hanno il difetto di non tener conto della condizione di salute. Se le cattive condizioni di salute, invece che concentrarsi progressivamente in età sempre più avanzate, come avviene per i rischi di morte, rimanessero costanti o peggiorassero nel corso del tempo, i progressi in termini di allungamento della vita sarebbero ridimensionati - se non vanificati - in quanto gli anni guadagnati sarebbero anni di malattia e di cattiva salute. È necessario, quindi, verificare la qualità in termini di salute degli anni che, tanto numerosi, si sono aggiunti alla durata media della vita.

L'arco temporale rispetto al quale si può valutare l'evoluzione delle condizioni di salute è ben più ristretto di quello che si può utilizzare per la mortalità e diverse possono essere le dimensioni della salute da prendere in considerazione: la diffusione delle malattie, l'autonomia funzionale e la salute percepita rappresentano le dimensioni alle quali si fa più frequentemente riferimento. Rispetto alle limitazioni funzionali e alla salute percepita, in particolare, è possibile costruire misure abbastanza comparabili su un arco di tempo sufficientemente ampio utilizzando i dati raccolti nelle successive edizioni dell'Indagine sulla salute e il ricorso ai servizi sanitari dell'Istat.

Lo strumento utilizzato per la rilevazione della salute funzionale è una batteria di quesiti predisposti da un gruppo di lavoro dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico sulla base della classificazione ICIDH (*International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps*) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questi quesiti raccolgono informazioni su specifiche dimensioni della disabilità: la dimensione del movimento, riferibile alle funzioni della mobilità e della locomozione (che nelle situazioni più gravi porta al confinamento in casa, su una poltrona o, addirittura, a letto); la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane, che si riferisce alle attività di cura della persona (dal lavarsi al vestirsi, alla possibilità di alimentarsi autonomamente); la dimensione della comunicazione che riguarda le funzioni della vista, dell'udito e della parola. Ogni dimensione viene esplorata mediante una serie di domande le cui modalità di risposta consentono di valutare il livello di autonomia della persona nello svolgere la specifica funzione: dalla piena autonomia alla parziale dipendenza, fino alla completa incapacità di svolgere la funzione senza l'aiuto di altre persone. Sulla base di queste informazioni, viene definita disabile una persona che, escludendo le condizio-

ni dovute a impedimenti temporanei, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate nonostante l'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (occhiali, protesi, bastone, ecc.)¹.

Nella tabella 1 sono riportate, per gli uomini e le donne a diverse età oltre i 65 anni, le speranze di vita (LE) e le speranze di vita senza (DFLE) e con (DLE) disabilità che esprimono il numero medio di anni ulteriori che ci si può aspettare di vivere, in totale e nelle diverse condizioni di salute funzionale. È anche riportato il rapporto HR che esprime la proporzione di anni vissuti senza disabilità rispetto al totale, una misura che viene utilizzata per verificare la qualità dei progressi compiuti.

Tabella 1: Speranza di vita totale (LE), senza disabilità (DFLE), con disabilità (DLE) e proporzione di anni da vivere senza disabilità (HR) oltre i 65 anni. Anni 1991-2005

	MASCHI				FEMMINE			
	1991	1994	2000	2005	1991	1994	2000	2005
65 anni								
LE	15.2	15.5	16.5	17.5	19.0	19.4	20.4	21.3
DFLE	12.1	12.7	13.7	14.6	13.8	14.1	14.9	15.6
DLE	3.0	2.8	2.8	2.8	5.1	5.2	5.4	5.6
HR (*100)	80.1	81.9	83.1	83.7	72.9	73.0	73.3	73.5
70 anni								
LE	12.0	12.3	13.0	13.7	15.0	15.3	16.2	17.1
DFLE	9.0	9.5	10.3	10.9	10.0	10.3	10.9	11.5
DLE	3.0	2.8	2.8	2.9	5.0	5.1	5.3	5.5
HR (*100)	75.2	77.2	78.8	79.2	66.7	66.9	67.3	67.5
75 anni								
LE	9.1	9.3	10.0	10.5	11.3	11.6	12.4	13.1
DFLE	6.1	6.6	7.2	7.6	6.6	6.8	7.3	7.7
DLE	3.0	2.8	2.7	2.9	4.7	4.8	5.1	5.4
HR (*100)	67.4	70.5	72.5	72.4	58.5	58.5	59.0	59.1

Fonte: Elaborazioni su dati delle indagini Istat su "Condizioni di salute della popolazione e ricorso ai servizi sanitari"

1 Un problema della stima della prevalenza della cattiva salute mediante indagini campionarie sulle famiglie è rappresentato dal fatto che queste indagini escludono dal proprio campo di osservazione tutte le persone che, vivendo stabilmente in convivenze (residenze per anziani, istituti di cura, ecc.), non possono entrare a far parte del campione. Il problema non è risolvibile allo stato attuale in quanto non esistono fonti in grado di dar conto di questo fenomeno per l'intero territorio nazionale. Tuttavia, considerato che in Italia la quota di coloro che vivono in convivenza si mantiene ancora piuttosto ridotta, la stima tratta dall'indagine sulla salute delle famiglie può essere considerata una approssimazione relativamente buona del fenomeno, almeno nelle sue caratteristiche strutturali e dinamiche.

Nel 1991 a fronte di una speranza di vita residua a 65 anni pari a 15.2 anni, un uomo poteva aspettarsi di vivere senza disabilità 12.1 anni (l'80% del totale). Nel 2005, data a cui risalgono gli ultimi dati pubblicati dell'indagine sulla salute, gli anni ancora da vivere sono 17.5, quelli senza disabilità sono saliti a 14.6 anni e la proporzione all'84%. A 70 anni la proporzione è aumentata dal 75 al 79% e a 75 anni dal 67 a 72%, con qualche difficoltà dopo il 2000. Anche per le donne l'evoluzione è stata favorevole, sebbene il miglioramento sia stato molto meno accentuato e la proporzione di anni senza disabilità a 65 anni, già nettamente inferiore a quella degli uomini, sia aumentata solo di 0.6 punti percentuali (dal 72.9% al 73.5%). Per le donne più anziane la frazione di anni senza disabilità è appena del 59% e, anche per loro, rimane pressoché invariata dopo il 2000.

Questo andamento descrive un fenomeno, chiamato della compressione della cattiva salute (Fries 1989) (una compressione relativa perché, soprattutto per le donne, anche il numero medio di anni vissuti con disabilità è lievemente aumentato), indica un progressivo concentrarsi dei problemi di salute verso età della vita sempre più avanzate, con il risultato di liberare anni di vita di buona qualità.

La salute percepita (o salute soggettiva) esprime un concetto di salute più ampio di quello misurato dalla disabilità in quanto, delegando al rispondente la valutazione complessiva del proprio stato di salute², riesce ad integrare aspetti legati alla condizione di salute fisica e funzionale ad aspetti legati soprattutto alle condizioni di salute mentale ed emotiva. Nonostante la generalità del concetto a cui fa riferimento e alle molte variabili che la influenzano (legate e non legate alla salute in senso stretto), la salute soggettiva sta assumendo un ruolo sempre più importante nello studio delle condizioni di salute, tanto a livello individuale che collettivo, in quanto gli indicatori che ad essa fanno riferimento si dimostrano i migliori predittori della sopravvivenza (Idler & Beyamini 1997). Per la salute percepita, la comparabilità delle informazioni consente di effettuare il confronto solo a partire dal 1994 e da allora si osserva un netto miglioramento, sia per gli uomini, sia per le donne (tabella 2). Gli anni vissuti in buona salute percepita sono generalmente inferiori a quelli vissuti senza disabilità in quanto la percezione soggettiva

2 La domanda rivolta ai rispondenti recita: Come va in generale la sua salute? E prevede cinque modalità di risposta: molto bene, bene, discretamente, male e molto male

è condizionata anche dalla presenza di malattie o condizioni che non necessariamente provocano limitazioni funzionali. Nel corso del tempo, tuttavia, e soprattutto per i più anziani, il divario di riduce nettamente tanto che nel 2005 è quasi scomparso e a 70 anni, soprattutto per le donne, gli anni vissuti in buona salute percepita sono di più di quelli vissuti senza disabilità (tabelle 1 e 2). Come conseguenza di questa dinamica molto favorevole, aumenta la frazione di anni di buona salute, mentre gli anni vissuti in cattiva salute percepita diminuiscono non solo in termini relativi ma anche assoluti (mediamente oltre i 65 anni, da 4.5 a 3 per gli uomini e da 6.5 a 5.3 per le donne) tanto che in questo caso si può parlare di compressione assoluta (e non solo relativa) della cattiva salute.

Tabella 2: Speranza di vita totale (LE), in buona (HLE) e in cattiva (PHLE) salute percepita e proporzione di anni da vivere in buona salute (HR) oltre i 65 anni. Anni 1991-2005

	MASCHI			FEMMINE		
	1994	2000	2005	1994	2000	2005
65 anni						
LE	15.5	16.5	17.5	19.4	20.4	21.3
HLE	11.0	12.3	14.4	12.9	14.8	15.9
PHLE	4.5	4.3	3.0	6.5	5.6	5.3
HR (*100)	71.0	74.1	82.7	66.7	72.6	74.9
70 anni						
LE	12.3	13.0	13.7	15.3	16.2	17.1
HLE	8.1	9.1	10.9	9.9	11.2	12.2
PHLE	4.2	3.9	2.8	5.5	5.0	4.8
HR (*100)	66.2	70.2	79.6	64.4	69.0	71.8
75 anni						
LE	9.3	10.0	10.5	11.6	12.4	13.1
HLE	5.7	6.6	8.0	7.2	8.1	8.9
PHLE	3.6	3.3	2.5	4.4	4.3	4.2
HR (*100)	61.2	66.4	76.0	61.8	65.6	68.2

Fonte: Elaborazioni su dati delle indagini Istat su "Condizioni di salute della popolazione e ricorso ai servizi sanitari"

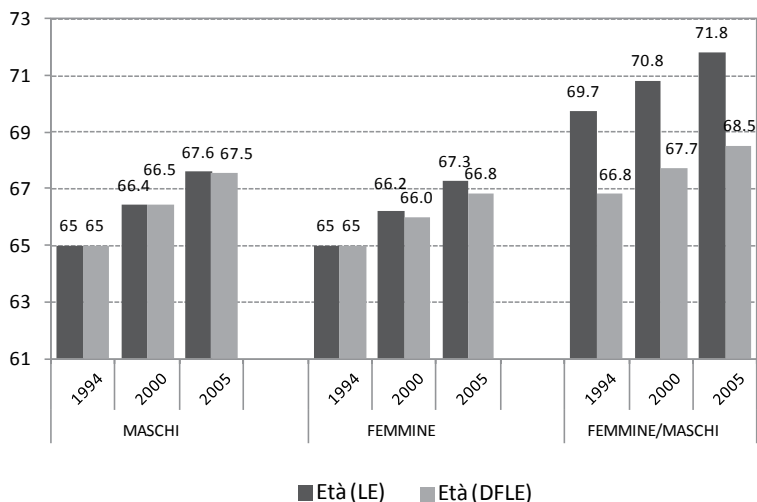
4. Verso un'età comparativa che tenga conto della condizione di salute

L'integrazione della dinamica della sopravvivenza con quella delle condizioni di salute consente di rispondere a una delle critiche che vengono più frequentemente opposte all'utilizzazione dell'età comparativa³, ovvero il rischio che, facendo riferimento solo al numero degli anni di vita guadagnati e non alla loro qualità, suggerirebbe una visione troppo ottimistica della dinamica dell'invecchiamento.

Prendendo come anno di riferimento il 1994, in modo da poter effettuare dei confronti tra le due dimensioni della salute considerate, una volta compiuti i 65 anni di età, gli uomini avevano davanti a loro una media di 12.7 anni di vita libera da disabilità. Nel 2005, l'età caratterizzata da quello stesso numero di anni è di 67.5 con un aumento di 2.5 anni, appena inferiore di quello dell'età equivalente calcolata sulla base del totale degli anni residui (2.6 anni) e con un ritmo di aumento intorno a 1 anno ogni 4 in entrambi i casi. Per le donne, sempre a 65 anni, il numero di anni ulteriori senza disabilità erano 14.1, ma il miglioramento delle condizioni di salute sperimentato da allora è stato inferiore a quello degli uomini, di conseguenza l'età equivalente avanza di meno passando da 65 a 66.8 anni, inferiore all'età equivalente calcolata sulla base della sopravvivenza totale, pari a 67.3 anni (l'incremento è stato di 1 anno ogni 6, invece di 1 anno ogni 5 garantito dalla sopravvivenza complessiva) (figura 5). Ma per fare un confronto corretto tra le età equivalenti di uomini e donne, la misura da utilizzare è ancora diversa, perché nell'anno preso come riferimento, i due generi avevano speranze di vita diverse e l'età comparativa delle donne, equivalente ai 65 anni degli uomini, era maggiore (69.7 anni e 66.8 anni, considerando rispettivamente la sopravvivenza complessiva e quella senza disabilità). Dopo undici anni, le donne continuano a "invecchiare" più tardi degli uomini ma il vantaggio si è ridotto nettamente tanto che, facendo riferimento alla sola sopravvivenza senza disabilità, si è dimezzato (da poco meno di 2 anni nel 1994 a 1 anno nel 2005).

3 Una seconda critica si riferisce all'utilizzazione tavole di mortalità di periodo piuttosto che per generazione. A questo riguardo, Sanderson e Scherbov (2007) con riferimento all'età mediana hanno dimostrato che in condizioni normali la misura è robusta e varia pochissimo a seconda che si usi un tipo o l'altro di tavole di mortalità. In ogni caso, considerata la dinamica sperimentata dalla mortalità, sempre positiva nell'ultimo secolo, con le sole eccezioni delle due grandi guerre, le considerazioni fatte utilizzando le tavole del periodo non possono che sottostimare i progressi realizzati.

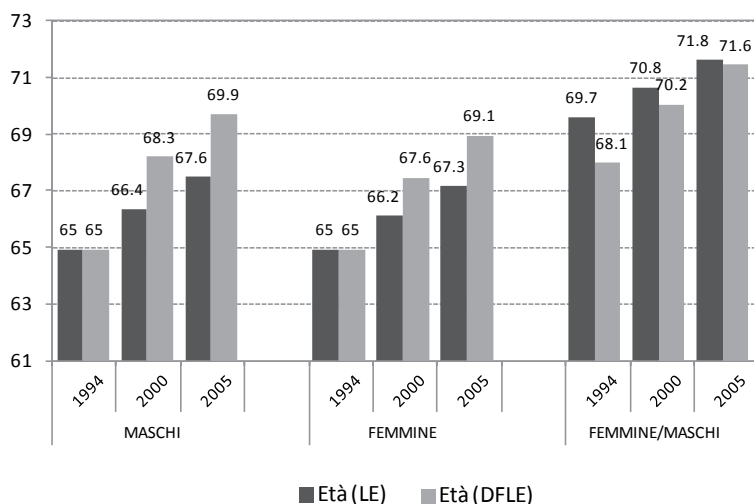
Figura 5: Età equivalente ai 65 anni del 1994 considerando gli anni da vivere totali (LE) e senza disabilità (DFLE). Anni 1994-2005



Fonte: Elaborazioni su dati delle indagini Istat su "Condizioni di salute della popolazione e ricorso ai servizi sanitari"

Spinta da una dinamica più favorevole di quella della disabilità, l'età equivalente a parità di buona salute percepita è avanzata maggiormente per entrambi i generi: dal 1994 lo spostamento in avanti è stato di 4 e 5 anni, rispettivamente per donne e uomini (1 anno ogni 2.5-2 anni), ben maggiore dell'aumento determinato dalla sola speranza di vita totale (1 ogni 4.5-4 anni) (figura 6). Anche in questo caso, le donne continuano a invecchiare più tardi degli uomini ma la dinamica recente, tanto della sopravvivenza che della sopravvivenza in buona salute è stata molto meno favorevole (figura 6). Di conseguenza il vantaggio rispetto agli uomini diminuisce (da 3.1 anni del 1994 a 1.7 anni del 2005 considerando la buona salute e da 4.7 anni a 3.2 anni, considerando la speranza di vita totale) con una convergenza che è nettamente meno accentuata di quella evidenziata dalle misure che fanno riferimento agli anni liberi da disabilità.

Figura 6: Età equivalente ai 65 anni del 1994 considerando gli anni da vivere totali (LE) e in buona salute percepita (HLE). Anni 1994-2005



Fonte: Elaborazioni su dati delle indagini Istat su "Condizioni di salute della popolazione e ricorso ai servizi sanitari"

5. Invecchiare in buona salute, invecchiare più tardi

L'invecchiamento demografico e le profonde trasformazioni che ne sono il corollario sono tra le sfide più impegnative che le società economicamente avanzate - e recentemente anche i paesi poveri - si trovano ad affrontare, con conseguenze importanti non solo a livello macro, delle compatibilità sociali ed economiche, ma anche a livello micro, delle famiglie e degli individui (UN 2013; Uhlenberg 2009). Il fortissimo declino della mortalità che ha portato la durata media della vita a raddoppiare in poco più di cento anni è stato uno dei motori di questa trasformazione. L'aumento del numero di anziani e lo stesso invecchiamento demografico sono, dunque, espressione di una evoluzione favorevole per il genere umano: da un lato ha consentito a un numero crescente di persone di raggiungere età prima appannaggio di pochi privilegiati e, dall'altro, ha aperto orizzonti di vita nuovi, più stabili e ampi anche a persone che in altri tempi avrebbero dovuto solo rassegnarsi a un rapido declino e alla morte (Caselli & Egidi 2007; Christensen *et al.* 2009).

Una conseguenza dell'aumento della longevità è che il corso

dell'esistenza umana si è come “disteso” modificando cicli di vita che erano restati inalterati per millenni: alcune fasi si sono allungate (l'infanzia, le età adulte) ed altre sono emerse (l'adolescenza, la quarta età) e si sono imposte come destinatarie di crescente interesse e risorse provocando un progressivo disallineamento tra età cronologica, età biologica ed età sociale degli individui a tutte le età della vita. Questo è vero anche nelle età avanzate ma, nonostante lo scenario sia profondamente mutato, la definizione di anziano ancora oggi utilizzata, soprattutto per scandire i tempi della vita sociale, continua ad essere ancorata a soglie che fanno riferimento alla sola età anagrafica, un parametro che ha la caratteristica di progredire in maniera costante e inalterabile indipendentemente dal succedersi delle generazioni e dal mutare dalle condizioni, interne ed esterne all'individuo. In sintesi, un concetto che non fa alcun riferimento alla storia, alla salute e alla vitalità del singolo o alle mutate condizioni di sopravvivenza e di salute della popolazione (Ryder 1975; Legaré & Desjardins 1987; Egidi 1992; Sanderson & Scherbov 2007). Perché le grandi trasformazioni prodotte dall'allungamento della vita siano economicamente e socialmente sostenibili è necessaria una revisione profonda dell'organizzazione dei tempi di vita e dei meccanismi di riequilibrio intra e inter-generazionali, con il superamento delle forti diseguaglianze che ancora dividono gruppi e gruppi di popolazione secondo gradienti territoriali e socio-economici⁴ e l'adeguamento delle strategie del welfare alle nuove condizioni (Soede et al. 2004; Börsch-Supan *et al.* 2005; Eurostat 2012).

Il recente dibattito sull'età al pensionamento offre uno spunto di riflessione sull'impatto negativo che soglie della vecchiaia intrinsecamente statiche possono avere sia sulla percezione degli individui sia sulle reali possibilità di azione dei governi: da un lato, alimentando una sciagurata contrapposizione tra generazioni, tra anziani “garantiti” e giovani sempre più esclusi dal welfare state (Legaré & Desjardins 1987; Bravo 1999); dall'altro, trasformando il riconoscimento di un successo (la maggiore longevità) nell'affermazione di un sacrificio collettivo finalizzato al contenimento della spesa pub-

4 Le differenze sociali di sopravvivenza sono molto ampie: nel 2007-08 a 60 anni c'erano 3 anni di differenza per gli uomini (1.5 per le donne) tra i più e i meno istruiti (Corsini 2010). Considerando che per queste stime si sono utilizzate le informazioni riportate sui certificati di morte, che tendono a sottostimare le differenze, il divario reale non può che essere più ampio e indica una direzione per l'intervento che consentirebbe, al tempo stesso, di rimuovere una diseguaglianza tra le più odiose e ottenere ulteriori progressi per tutti.

blica. Nonostante queste difficoltà, è necessario avanzare sulla via della progressiva rimozione dei vincoli sociali e culturali che fanno riferimento all'età cronologica e favorire una maggiore destrutturazione dei tempi di vita in modo che le diverse fasi siano sempre meno vincolate a un concatenamento rigido che rischia di ostacolare lo sviluppo armonioso delle storie di vita individuali: studio, lavoro, riposo dovrebbero essere attività molto meno relegate a specifiche classi di età. Dovrebbero alternarsi, non necessariamente succedersi nelle nuove vite, tanto più lunghe, anche per contrastare il vero ostacolo a una prolungata permanenza del mondo del lavoro all'avanzare dell'età rappresentato dall'obsolescenza delle competenze.

Nonostante il grande interesse e la preoccupazione che l'invecchiamento desta e il gran numero di studi che ne hanno evidenziato determinanti e conseguenze, i concetti e le misure che vengono usati per studiarlo rimangono incomprensibilmente inalterati e incapaci di tener conto delle straordinarie trasformazioni che si sono prodotte in tutti gli ambiti della vita e, in particolare, nella longevità⁵ quasi a voler rimarcare la rigidità culturale, prima ancora che sociale ed economica, che impedisce di cogliere la novità di una terza età ancora vitale e in buona salute. Una delle strategie che sembrano meglio interpretare le nuove esigenze è quella di sganciare progressivamente le valutazioni dall'età cronologica e fare piuttosto riferimento all'età prospettiva, definita non più sulla base degli anni trascorsi dalla nascita, ma di quelli che si hanno ancora da vivere. È in questa direzione che si stanno sviluppando, ad esempio, gli studi sull'impatto economico dell'invecchiamento (Stearns & Norton 2004; Seshamani & Gray 2004; Shang & Goldman 2008) che, per primi, hanno messo in evidenza come continuare ad ancorare le previsioni dei futuri andamenti delle spese sanitarie all'età anagrafica porti a valutazioni ingiustificatamente allarmistiche, almeno fino a quando l'evoluzione delle condizioni di salute sarà positiva. Ed è proprio alle condizioni di salute, alla loro evoluzione e alle loro disuguaglianze che si deve fare riferimento per valutare le conseguenze dell'invecchiamento della popolazione e individuare le strategie per impedire che diventi un ostacolo al benessere collettivo. Qualunque sia la dimensione di salute che si consideri (quella fisica, mentale, funzionale, soggettiva) la vera differenza tra la condizione "anziana" e quella delle età adulte è una condizione di salute più

5 Si pensi che le analisi e le previsioni delle Nazioni Unite dell'invecchiamento prendono ancora come soglia della vecchiaia l'età di 60 anni (UN, 2013).

precaria (Preston & Wang 2006; Caselli & Egidi 2011). La sostenibilità sociale ed economica dell'invecchiamento riposa, quindi, sulla possibilità che la salute possa continuare a migliorare (Christensen *et al.* 2009) e il relativo ottimismo suggerito dalle nuove misure non può prescindere dall'assunto che l'allungamento della vita continui ad essere accompagnato da un miglioramento delle condizioni di salute. Finora l'evoluzione è stata abbastanza coerente con queste aspettative, ma alcuni segnali di difficoltà cominciano ad emergere e evidenziano la difficoltà di mantenere i ritmi di miglioramento conosciuti in passato: oltre i 65 anni di età, la proporzione di anni liberi da disabilità ha praticamente smesso di aumentare per le donne e aumenta il numero di anni in cui devono convivere con limitazioni severe delle capacità funzionali (dal 1991 al 2005, a 70 anni sono passati da 5 a 5.5 anni e a 75 anni da 4.7 a 5.4 anni). La stessa cosa avviene per gli uomini più anziani dal 2000 in poi. È evidente che per continuare a migliorare non è possibile confidare nella naturale evoluzione del fenomeno, ma è necessario adottare misure specifiche di promozione della salute. In primo luogo, è necessario riconoscere che tutte le età della vita contribuiscono a un invecchiamento di buona qualità (Börsch-Supan *et al.* 2011): per avere degli anziani in buona salute è necessario prevenire la malattia e la disabilità tra i giovani e gli adulti. Allo stesso modo, i comportamenti non salutari devono essere corretti molto precocemente per impedire che cumulino troppo a lungo i loro effetti negativi e diventino tanto naturali da divenire imm modificabili (Peel *et al.* 2005). Concentrarsi sui soli anziani comporta il rischio di intervenire quando la salute è già compromessa con maggiori oneri, tanto personali che sociali ed economici, e risultati più incerti. A questo proposito, i primi risultati provvisori dell'indagine sulla salute dell'Istat del 2012 evidenziano il rischio che il recente periodo di crisi economica possa avere conseguenze negative sulla salute futura: ben l'11% delle persone intervistate hanno dichiarato di aver rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria nel corso del 2012 pur ritenendo di averne bisogno. Considerato che le prime prestazioni sanitarie alle quali si rinuncia sono quelle motivate dalla prevenzione, è probabile che questo si traduca in un peggioramento della salute (Istat, 2013).

In definitiva, invecchiare in buona salute si può e l'evoluzione recente lo ha dimostrato. Questa è una condizione indispensabile, ma non sufficiente, a impedire che l'invecchiamento demografico diventi un ostacolo insormontabile allo sviluppo e al benessere collettivo. È

anche necessario che la nuova situazione venga adeguatamente valorizzata, riconoscendo che molte delle persone che continuiamo a chiamare anziane perché hanno superato un determinato compleanno, non lo sono affatto da tanti punti di vista: da quello della salute a quello degli interessi, delle motivazioni, delle potenzialità. Perché l'invecchiamento demografico sia compatibile con il mantenimento di accettabili equilibri sociali ed economici molte azioni dovrebbero essere intraprese e molte responsabilità dovrebbero essere consapevolmente assunte. Responsabilità individuali, per cui le singole persone dovrebbero assumere l'obiettivo dell'invecchiamento in buona salute come un principio ispiratore dei propri comportamenti e stili di vita durante tutto il corso dell'esistenza. Responsabilità collettive, che dovrebbero portare al pieno riconoscimento delle esigenze e delle potenzialità dei nuovi anziani, rimuovendo vecchi stereotipi e valorizzando il ruolo, anche economico, che possono svolgere. Responsabilità per le politiche, a cui è affidato il compito di cercare nuovi equilibri per rendere il welfare sempre più adeguato alle mutate condizioni, garantire equità tra le generazioni e rimuovere le forti disegualianze che ancora dividono il paese tanto da un punto di vista territoriale che sociale, ostacolando il percorso verso ulteriori miglioramenti.

Bibliografia

Börsch-Supan A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (Editors), *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), Mannheim (2005)

Börsch-Supan, Brandt M., Hank K., Schröder, M., (Editors), *The individual and the Welfare State. Life Histories in Europe*, Springer, pp. 285 (2011)

Bravo J., "Fiscal implications of ageing societies regarding public and private pension systems", in Cliquet R., Nizamuddin M., *Population ageing: challenges for policies and programmes in developed and developing countries*, United Nations Population Fund e Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudien (CBGS), New York e Bruxelles (1999)

Butler, R.N., *The longevity revolution: the benefits and challenges of living a long life*, New York, *Public Affairs*, 553 pp. (2008)

Caselli, G., Egidi V., Una vita più lunga e più sana. In: Golini A., Rosina A. (a cura di), *Il secolo degli anziani. Come cambierà l'Italia*, Il Mulino, Bologna, pp. 29-45 (2011)

Corsini, V., Highly educated men and women likely to live longer. Life expectancy by educational attainment, Eurostat, *Statistics in focus*, 24, pp.7 (2010)

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., Vaupel, J.W., Aging populations : the challenges ahead, *Lancet* 374:1196-208 (2009)

Egidi V., Cambiamenti delle strutture demografiche e conseguenze economico-sociali, *Atti della XXXVI Riunione Scientifica della Società Italiana di Statistica*. Pescara: SIS, CISU, 137-160 (1992)

Eurostat, Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of European Union 2012, Luxembourg, pp.142 (2012)

Fries, J. F. The compression of morbidity: Near or far?, *Milbank Memorial Foundation Quarterly/Health and Society*, 67:208-232 (1989)

Idler, E.L, Benyamini, Y., Self-assessed health and mortality: a review of twenty-seven community studies, in *Journal of Health and Social Behavior*, 38:21-37 (1997)

Istat, La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi, *Statistiche Report*. Dicembre, 16 pp. (2013)

Legaré, J., and B. Desjardins. «Pour une remise en question de l'universalité de l'âge normale à la retraite.» *European Journal of Population*, 3: 123-129 (1987)

Lutz, W., Sanderson W., Scherbov, S., The coming acceleration of global population ageing, *Nature*, 451, 716-719 (2008)

Peel, N.M., McClure, R.J. Bartlett, H.P., Behavioural Determinants of Healthy Ageing, *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), pp. 298-304 (2005)

Preston S., Wang H., Sex mortality differences in the United States: The role of cohort smoking patterns. *Demography*, 43:631– 646 (2006)

Ryder, N., Notes on stationary populations, *Population Index*, 41, 3-28 (1975)

Sanderson, W., Scherbov S., A new perspective on population aging, *Demographic Research* 16, 27-58 (2007)

Sanderson, W., Scherbov S., Rethinking Age and Ageing, *Population Bulletin* 63, 4, 17 pp. (2008)

Seshamani, M., Gray, A.M., A longitudinal study of the effect of age and time to death on hospital costs, *Journal of Health Economics* 23, 217-235 (2004)

Shang B., Goldman D., Does age or life expectancy better predict health care expenditures?, *Health Economics* 17(4):487-501 (2008)

Soede, A.J., J.C. Vrooman, P.M. Ferraresi, and G. Segre. Unequal Welfare States: Distributive Consequences of Population Ageing in Six European Countries. CeRP, Center for Research on Pensions and Welfare Policies, pp.185 (2004)

Stearns, S.C., Norton, E.C., Time to include time to death? The future of health care expenditure predictions, *Health Economics*, 13, 315-327 (2004)

Uhlenberg P. (Editor), International Handbook of population aging, Springer, pp.757 (2009)

United Nations (UN), World Population Ageing 2013, Department of Economic & Social Affairs, New York, pp. 96 (2013)

La sostenibilità del Sistema Sanità

Cesare Cislighi, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - AGENAS

Di quale sostenibilità parliamo?

Parlando di sostenibilità è innanzitutto necessario chiarirne il concetto: sostenibilità di un sistema organizzato è la sua capacità di mantenersi attivo nel tempo in una prospettiva almeno di medio termine, andando quindi oltre le eventuali problematiche delle crisi momentanee. Non ci chiediamo se il sistema sanitario risenta o meno dell'attuale crisi economica e politico istituzionale, ma se si può ipotizzare che sia in grado di conservare il suo assetto sostanziale tra dieci, venti anni ed anche più.

Ma di quale sistema organizzato parliamo? Consideriamo qui il sistema delle "cure", quelle preventive, quelle diagnostico-terapeutico-assistenziali e quelle riabilitative, tralasciando invece il sistema previdenziale. Inoltre non discuteremo del sistema sanitario in generale, ma del sistema sanitario nazionale, finanziato su base fiscale, governato dalle istituzioni pubbliche e caratterizzato dall'universalismo e dalla copertura pressoché globale delle prestazioni necessarie.

Che un sistema sanitario continui ad esserci in futuro non c'è dubbio, ma è possibile che si conservi con le caratteristiche attuali? È questa la domanda che ci poniamo e che si articola su due piani: sul piano economico e sul piano istituzionale e politico. In altre parole ci si chiede se ci saranno le risorse economiche per continuare a gestire un sistema sanitario come il nostro ed anche se continuerà ad esserci un consenso politico per mantenerne l'attuale assetto. Personalmente vedo più problematico il mantenimento del consenso che non la disponibilità di risorse, ma esaminiamo le differenti questioni.

Le possibili ragioni di non sostenibilità politica

Dal punto di vista economico la sostenibilità del sistema dipende dalla congruità delle risorse disponibili per affrontare tutti i bisogni sanitari e quindi i problemi possono derivare sia da un venir meno delle risorse

sia da un'eccessiva crescita dei bisogni. Dal punto di vista politico istituzionale, invece, la non sostenibilità può derivare da un cambiamento di valori comuni e cioè dall'abbandono della convinzione che la sanità debba essere erogata in modo equo e con degli oneri proporzionali alle rispettive capacità contributive e non all'intensità dei bisogni.

L'opinione pubblica, fino a ieri largamente a sostegno dei valori solidaristici, sta oggi orientandosi verso principi individualistici, secondo i quali ciascuno deve pagare per ciò di cui ha bisogno, le uniche eccezioni essendo i casi di effettiva indigenza, meglio se "incolpevole", nei quali si ritiene opportuno l'intervento assistenziale. A questa tendenza, però, sembra sfuggire la sanità per la quale non c'è una diffusa domanda di privatizzazione del sistema di copertura dei rischi sanitari, ma tutt'al più una preferenza per i produttori privati, che però erogano i servizi in regime di convenzione con il servizio sanitario pubblico.

In Italia sono poche le assicurazioni sanitarie private e quasi tutte sono a carico delle aziende e costituiscono un benefit per i dipendenti; le polizze assicurative sanitarie spontaneamente contratte da privati sono realmente molto poche. Peraltro la spesa privata cosiddetta *out of pocket* è abbastanza elevata, ma è costituita per lo più dall'acquisto di prestazioni non erogate dal SSN e segnatamente dalle cure odontoiatriche, dai farmaci non di "fascia A" e da tutte le prestazioni non riconosciute come essenziali e tra queste quasi tutte quelle comunemente chiamate di medicina alternativa come le cure omeopatiche.

Ci si può domandare perché, nonostante le differenze ideologiche e le affermazioni di principio, nessuna parte politica abbia scelto la battaglia della privatizzazione della sanità. Credo che la risposta sia perché, a differenza di altri settori, nella sanità vi è una tale asimmetria dei rischi per cui anche i benestanti ritengono di aver assolutamente bisogno di una copertura assicurativa e temono che questa potrebbe assumere dei costi non sostenibili in situazioni di minor benessere economico. In altre parole la copertura universalistica fornisce una garanzia della quale nessuno vuole fare a meno, ed appare impossibile che in un paese come l'Italia si possa oggi rinunciare, senza traumi, all'attuale sistema sanitario su base universalistica. Se l'abbandono dell'attuale sistema appare politicamente poco percorribile, non è invece impensabile una modificazione del sistema qualora venga consentito di optare tra riduzione del carico fiscale e copertura assicurativa, opzione che per i benestanti comporterebbe una maggior convenienza per la soluzione assicurativa privata.

Se oggi in Italia il Pil è di circa 1560 miliardi e le entrate fiscali (al netto di quelle in conto capitale) sono il 43.5% del Pil per un ammontare di quasi 680 miliardi, di queste quelle destinate a coprire i costi della sanità sono circa il 16%, corrispondenti a 1890 euro a testa. Ciò significa che se la sanità fosse lasciata totalmente alla spesa privata, il livello di tassazione diminuirebbe drasticamente, ma quali sarebbero le conseguenze per i cittadini? Succedrebbe che per i benestanti il risparmio di imposte sarebbe superiore al costo di una assicurazione sanitaria privata, mentre per i meno abbienti ci sarebbe un aggravio di spesa sicuramente non sostenibile che comporterebbe la perdita della copertura assicurativa. Il rischio ancor più grave potrebbe però essere lo sdoppiamento del sistema: privato per i benestanti, e pubblico per gli altri, soluzione questa che risulterebbe ancora più costosa e sicuramente del tutto iniqua.

La sostenibilità politica del sistema si basa quindi prevalentemente sulla convinzione diffusa che è più conveniente pagar più imposte per aver una copertura sanitaria universalistica piuttosto che pagarne di meno ma poi magari non riuscire ad ottenere con le imposte risparmiate una assicurazione sanitaria equivalente. Inoltre c'è il concreto rischio di un deterioramento qualitativo del sistema attuale, o che il *co-payment* divenga eccessivo, fattori che porterebbero a preferire un sistema sanitario non pubblico: qualità e sostanziale gratuità sono quindi elementi importanti della sostenibilità politica del sistema sanitario nazionale.

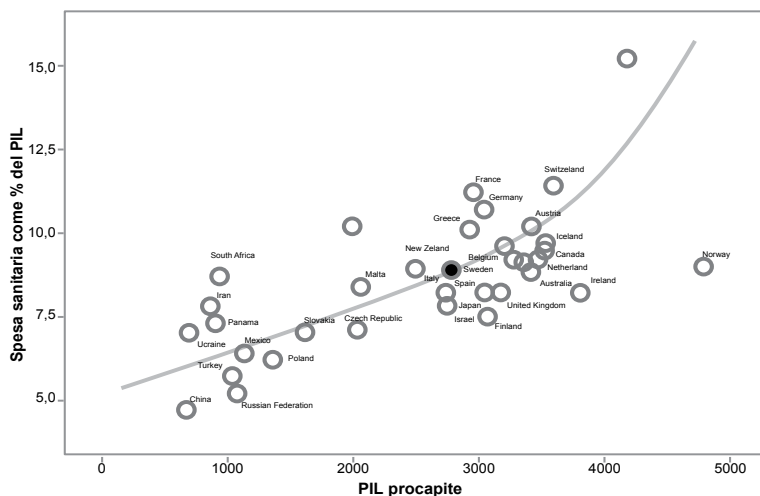
Le possibili ragioni di non sostenibilità economica: la riduzione delle risorse disponibili

Dal punto di vista economico la sostenibilità è ovviamente funzione dei costi in ragione delle possibilità di copertura con le risorse finanziarie pubbliche. Rispetto ai costi questi sono destinati, come vedremo, a crescere nel prossimo futuro mentre altrettanto non si può pensare per le risorse finanziarie disponibili.

Queste potrebbero crescere solo se crescesse il prodotto interno lordo (PIL) della nazione oppure se si intensificasse il prelievo fiscale, aumentando così le possibilità di spesa pubblica. Purtroppo entrambi questi elementi non sono realistici sia per l'attuale fase economica di recessione sia per il livello ormai non ulteriormente dilatabile del prelievo fiscale, che risulta nelle posizioni di testa nelle classifiche dei paesi dell'OCSE.

Nella Figura 1 si pongono in relazione i valori dei Pil pro-capite di vari paesi con la percentuale del PIL destinata alla sanità nel suo complesso (pubblica e privata). I due indicatori stanno in relazione diretta: più elevato è il livello economico, maggiore è la quota di PIL destinata alla sanità. Questo significa che nelle priorità dei vari paesi la sanità non è tra i primi bisogni da soddisfare e laddove ci sono scarse risorse sono altre le priorità.

Figura 1: % di spesa sanitaria e Pil pro-capite

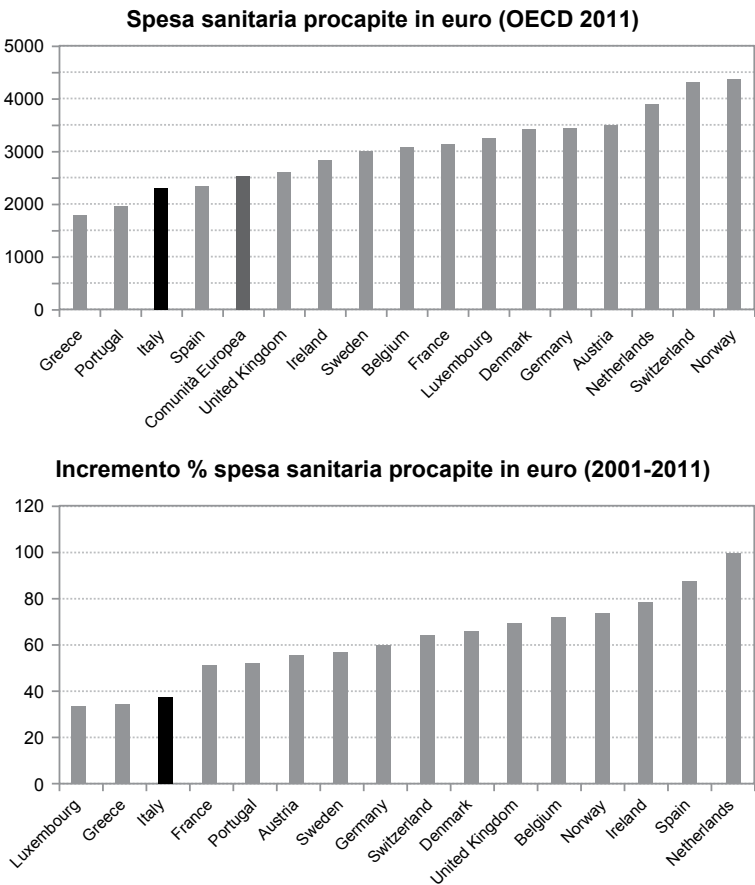


Queste evidenze osservate su scala internazionale non è detto che si riproducano sempre anche per modeste variazioni di Pil, ma se ciò avvenisse, significherebbe che alla diminuzione del Pil pro-capite potrebbe corrispondere una diminuzione della quota di ricchezza prodotta destinata alla sanità. Non ci si deve allora illudere che la sanità sia ovunque vissuta come una delle principali priorità e che quindi nel corso di una crisi economica essa possa disporre di tutte le risorse necessarie. Tuttavia, in Italia, negli ultimi anni di crisi economica il finanziamento della sanità non è diminuito in termini assoluti ed è leggermente cresciuto in termini relativi, anche se meno rispetto agli altri paesi dell' OCSE.

Per ragionare di sanità in termini di sostenibilità, è comunque più corretto esaminare i valori complessivi della spesa pro-capite, ag-

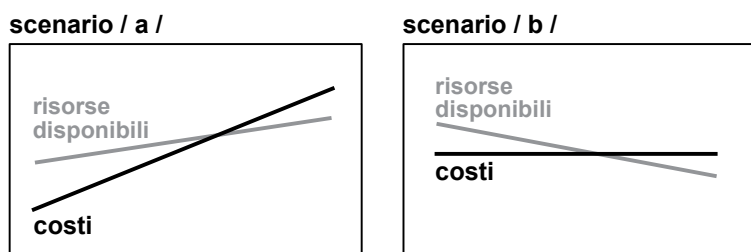
giungendo a quella pubblica anche la privata. e forse è più interessante esaminare i valori pro-capite rispetto alle percentuali sul Pil. I valori pro-capite pubblicati dall'OCSE vedono l'Italia agli ultimi posti sia per la spesa pro-capite nell'ultimo anno disponibile (2011) sia per incremento nell'ultimo decennio. Allora il problema della sostenibilità o è un problema comune a tutta Europa o per l'Italia non riguarda tanto i costi, quanto le risorse disponibili per farvi fronte (Figura 2).

Figura 2: spesa sanitaria pro-capite 2011 ed incremento % dal 2001 al 2011 (dati OCSE)



Si possono allora schematicamente riprodurre due possibili scenari della possibile insostenibilità: il primo (scenario a) prevede risorse in incremento con costi che crescono più delle risorse, mentre nel secondo (scenario b) i costi rimangono per lo più costanti mentre le risorse diminuiscono. Questi due scenari, schematicamente delineati nella Figura 3, devono essere tenuti ben distinti nelle analisi, in quanto il primo considera come possibile fattore della non sostenibilità la crescita eccessiva dei costi sanitari, mentre il secondo implica che in futuro le risorse economiche disponibili potrebbero non essere più sufficienti a coprire i costi sanitari anche se questi dovessero rimanere pressoché costanti.

Figura 3: possibili scenari della eventuale insostenibilità del sistema sanitario

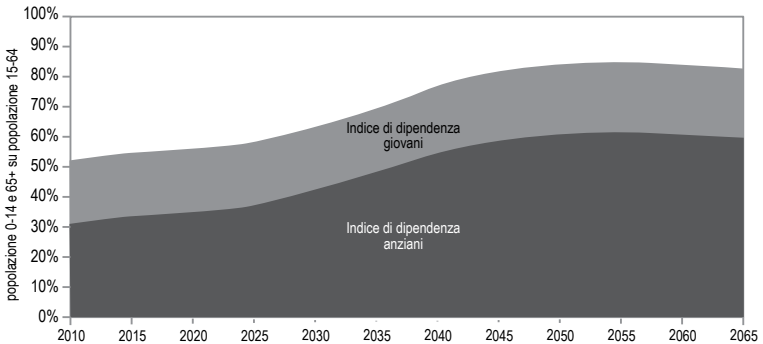


Le cause che possono ridurre le risorse disponibili possono essere attribuite sia alla fase negativa di un ciclo economico, come nell'attuale crisi, oppure a fattori strutturali. Questo potrebbe avvenire in conseguenza del rapido mutamento della struttura per età, con una forte crescita della popolazione anziana inattiva ed una diminuzione della popolazione in età attiva. In queste condizioni – a parità di altre circostanze – si determina un forte aumento dell'indice di dipendenza (rapporto tra inattivi e attivi) ed una contrazione relativa del prodotto (in assenza di forti aumenti della produttività).

Nella figura 4 viene riportato l'andamento dell'indice di dipendenza strutturale; se nel 2010 la popolazione attiva è poco meno della metà della popolazione totale, tra 50 anni potrebbe scendere ad un quinto ed è chiaro che se oggi un lavoratore deve "produrre per due", domani dovrà "lavorare per cinque" e ovviamente ciò non sarà facile! Le conseguenze dell'aumento dell'indice di dipendenza saranno negative non solo per la sanità, ma anche per altri settori,

a cominciare dalla previdenza. E, in fin dei conti, potrebbe essere proprio la mancanza di tutela previdenziale, più della struttura per età, ad innescare un aumento dei bisogni sanitari.

Figura 4: *Indice di dipendenza della popolazione italiana, secondo lo scenario “centrale” delle previsioni Istat*



Le possibili ragioni di non sostenibilità economica: l'aumento delle risorse necessarie

Se si prescinde dal problema della disponibilità di risorse, che potrà esser risolto solo se aumenterà notevolmente la produttività del lavoro, come peraltro è avvenuto negli ultimi decenni grazie allo sviluppo tecnologico, la sostenibilità del sistema sanitario potrà esser messa in forse se aumenteranno in misura eccessiva le risorse necessarie per mantenerlo in efficienza. Questo potrà accadere per due motivi: o per l'aumento dei bisogni o per l'aumento dei costi.

L'aumento dei bisogni

Il bisogno di sanità potrà aumentare per tre fattori: l'aumento dell'età media della popolazione, l'aumento della prevalenza di patologie, l'aumento della percezione dei bisogni in funzione dell'aumentata capacità di soddisfarli.

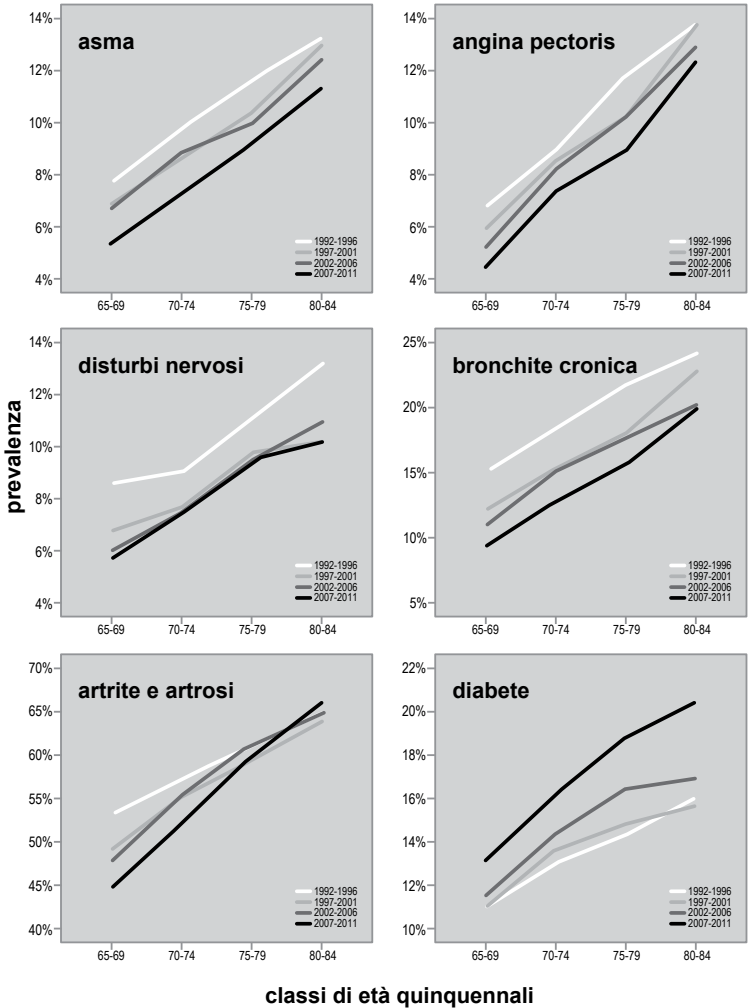
Il fattore più spesso citato quando si discute sulla non sostenibilità della sanità è il rapido aumento degli anziani, e si basa su un calcolo semplice, moltiplicando il “costo del bisogno” pro-capite dell'an-

ziano di oggi per il numero degli anziani di domani (Figura 5). Se il quadro epidemiologico dovesse rimanere costante, la necessità di risorse per la sanità crescerebbe in maniera approssimativamente proporzionale alla crescita dell'età media della popolazione: l'età, infatti, è la variabile che più di tutte spiega il livello dei bisogni sanitari.

Figura 5: la domanda di risorse sanitarie nel ciclo di vita di oggi e di domani

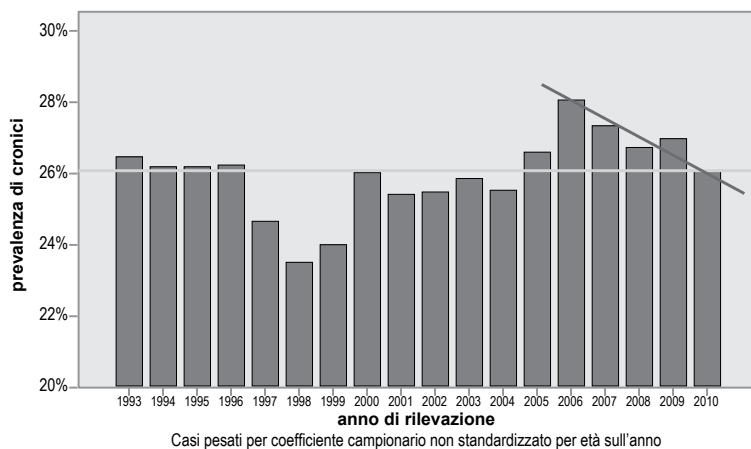


Ma per fortuna le diverse rilevazioni epidemiologiche di questi ultimi anni hanno evidenziato che l'incidenza di numerose patologie si sposta in avanti con l'età, per cui si può affermare che l'incremento di anziani sul versante della spesa sanitaria è stato controbilanciato, negli ultimi anni, dalla diminuzione dei costi relativi ad ogni determinata età. Per esemplificare: se oggi ci sono 100 ottantenni che hanno una necessità di risorse pro-capite di 100 per un totale quindi di 10.000 risorse, domani ci saranno 125 ottantenni con una necessità pro-capite di 80 e quindi un totale ancora costante di 10.000 risorse.

Figura 6: Prevalenza per età di alcune patologie dal 1997 al 2011

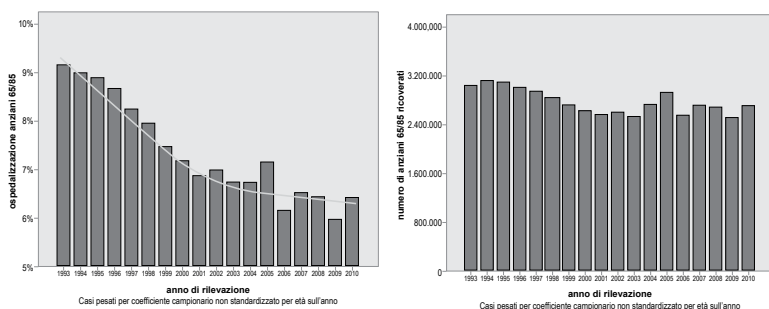
Nella figura 6 sono riportati gli andamenti per età di alcune patologie, come rilevate dall'Indagine Multiscopo annuale Istat sulle Condizioni di Vita; non tutte le patologie hanno una prevalenza in diminuzione rispetto all'età, ma un indice sintetico evidenzia che lo stato di cronicità avviene oggi ad una età mediamente più avanzata rispetto a ieri.

Figura 7: prevalenza delle patologie croniche nella popolazione, 1993-2011



La figura 7 dimostra la relativa costanza della prevalenza della cronicità nell'ultimo ventennio, nonostante il forte invecchiamento della popolazione, a conferma delle considerazioni precedentemente fatte. Se è rimasto praticamente costante il numero di soggetti malati, è invece diminuito il numero di soggetti anziani che ha usufruito di un ricovero ospedaliero, come può desumersi dalla Figura 8.

Figura 8: Numero di anziani (65-85 anni) ospedalizzati, e tasso % di ospedalizzazione, 1993-2011



La decrescente ospedalizzazione è una conseguenza di una esplicita politica, ma anche della riduzione della prevalenza di molte patologie alle varie età ed il risultato è per lo meno una stabilizzazione del consumo di risorse da parte della quota di popolazione anziana,

nonostante la sua crescita numerica. Si deve peraltro osservare che potrà sempre capitare una emergenza epidemiologica come lo è stata quella legata all'Aids; queste emergenze non sono prevedibili però la storia di questi ultimi anni ha dimostrato che spesso sono state meno catastrofiche - sul piano economico - di quanto inizialmente temuto. Questo è avvenuto sia per una sovrastima iniziale del loro impatto, sia per la capacità del sistema sanitario nell'affrontare e gestire l'emergenza, contenendone i costi.

L'aumento dei costi della tecnologia sanitaria

Il maggiore pericolo per la sostenibilità del sistema sanitario è l'aumento dei costi, della prevenzione, della diagnostica, della terapeutica e dell'assistenza in genere.

Il ragionamento tipico dell'economia sanitaria si basa sulla comparazione tra costi e benefici di una nuova metodica; poche innovazioni sono *cost saving*, ma molte mostrano come l'utilità dei risultati ottenibili siano maggiori dei costi da sostenere; poche volte però si ragiona in termini di sostenibilità e questa considerazione può portare a decisioni opposte. Un esempio "di scuola" è il seguente: se si scoprisse una vaccinazione anticancro da ripetere, come quella influenzale, ogni anno, ma al prezzo di mille euro per paziente, sicuramente la maggioranza delle persone riterrebbe che valga la pena spendere questa cifra per essere certi di non contrarre alcuna forma di tumore. Purtroppo non c'è una vaccinazione del genere! Ma se ci fosse, per vaccinare tutta la popolazione italiana ci vorrebbero 60 miliardi di euro ogni anno, cioè più della metà di quanto oggi si spende per tutto il sistema sanitario pubblico. È chiaro che una tale innovazione non sarebbe assolutamente sostenibile.

La preoccupazione maggiore è che mentre in passato i costi elevati delle nuove tecnologie riguardavano per lo più condizioni patologiche relativamente "rare", e si pensi ad esempio ai trapianti di cuore, oggi sempre più si propongono tecnologie preventive o correttive, come potrebbero essere quelle individuate dalla genomica, che riguardano, se non tutta, almeno parte rilevante della popolazione. Un intervento dal costo di centomila euro per mille pazienti equivale nei costi ad un intervento di dieci euro per un milione di pazienti. E questo è il punto nodale della sostenibilità del sistema sanitario di domani. Se infatti si diffondessero costose modalità di prevenzione

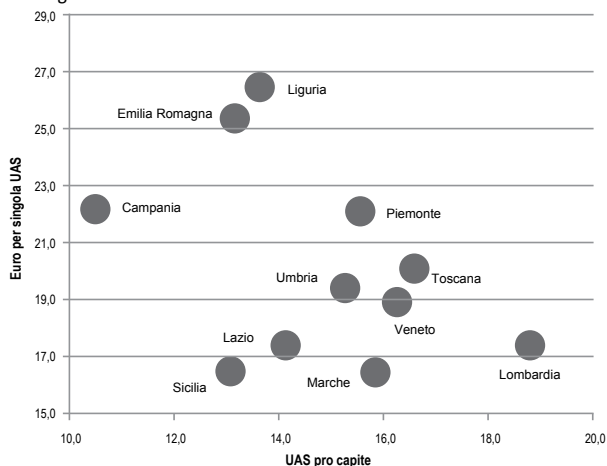
correttiva nella popolazione giovane, queste porterebbero sicuramente ad una insostenibilità dei costi.

È anche da osservare che il sistema sanitario è ovunque nel mondo governato da sistemi, sia pubblici che privati, di tipo assicurativo che sono convenienti quando vi è un relativo basso rischio di ammalarsi associato invece ad un elevato costo delle cure. Se contrariamente i costi diventassero equidistribuiti nella popolazione, come per gli interventi correttivi a carattere preventivo (vedi ad es. la genomica), allora non sarebbero più così convenienti i sistemi assicurativi. Ma in assenza di un regime di tipo assicurativo sarebbe probabile che l'onere degli interventi sanitari, quasi omogenei per costo nella popolazione, venga lasciato al singolo soggetto e non sostenuto dalla contribuzione fiscale. In questo scenario la sanità pubblica terminerebbe di esistere e nell'accesso alle prestazioni correttive verrebbe meno l'equità sociale in quanto se le potrebbero permettere solo i più ricchi. Questo oscuro ed ipotetico scenario, che si spera non si concretizzi mai, evidenzia che non è solo l'invecchiamento una delle possibili cause dell'insostenibilità ma anche il contrario, cioè i possibili crescenti costi degli interventi sanitari correttivi nei giovani.

Altri elementi di costo: efficienza ed appropriatezza

I costi dipendono non solo dalla complessità degli interventi, ma anche dalle modalità di produzione e di prescrizione, nonché dai fattori generali del mercato in genere, e di quello sanitario in particolare. A questo proposito si consideri che l'inflazione nei beni sanitari non è stata sinora superiore all'inflazione generale mentre il costo del lavoro ha avuto una crescita maggiore in sanità che negli altri settori..

Figura 9: "Unità di Assistenza Ospedaliera (UAO) e Specialistica (UAS)" pro capite e relativi costi medi regionali.



Le modalità di produzione dei servizi invece creano una notevole variabilità dei costi a riguardo delle stesse prestazioni quali un ricovero dovuto a determinate condizioni cliniche o una prestazione specialistica. L'analisi comparativa dei costi tra diversi produttori non è cosa semplice in quanto le prestazioni sono molte, diverse tra di loro in qualità ed oltretutto vengono tariffate diversamente tra le Regioni.

Nella figura 9 è riportato un tentativo di valutazione dei costi di produzione e dei tassi di accesso delle prestazioni ospedaliere e specialistiche; ad ogni prestazione è stato assegnato un peso, legato alla sua complessità, proporzionale al valore tariffario e reso territorialmente omogeneo con metodologie appropriate.

Questo tentativo di valutazione dell'efficienza a livello regionale è una prima approssimazione, ma già indica come i costi e i tassi di accesso siano molto diversi tra realtà differenti ed anche come vi sia una associazione inversa tra costi unitari e tassi di utilizzo: dove la produzione costa di meno si erogano più prestazioni e viceversa. Sembra perciò che la variabile indipendente sia quella legata ai *budget* e quindi che la sostenibilità del sistema stia nella misura delle prestazioni erogate e non tanto nei bilanci che attualmente sembrano rigidamente definiti.

Quindi per riuscire ad erogare quanto serve, garantendo la so-

stenibilità dell'offerta, è necessario che la produzione sia efficiente e che i relativi costi siano contenuti. Come fare per ottenere questo risultato non è semplice da stabilire, ma ciò che sicuramente serve è una maggior conoscenza e trasparenza delle informazioni gestionali attraverso una contabilità analitica che purtroppo non è implementata in quasi nessun presidio sanitario.

Si parla molto, ultimamente, di costi standard; qualcosa si sta facendo in merito ai costi di acquisti di beni e servizi ma si è ancora lontani dal riuscire a confrontare i costi di produzione delle prestazioni; ancor più difficile è la valutazione del costo dei percorsi assistenziali per specifiche patologie.

La sostenibilità del sistema sanitario oltre ad essere funzione dell'efficienza produttiva, è anche funzione dell'appropriatezza delle prescrizioni e forse questo elemento è ancor più rilevante. L'appropriatezza dovrebbe essere garantita dal fatto che i consumi sanitari sono prescritti da un clinico che ne indica la opportunità specifica; tuttavia, nella realtà, molti altri elementi influiscono sull'appropriatezza in questione, che risulta spesso carente così da diventare l'insidia principale per la sostenibilità del sistema sanitario.

Innanzitutto c'è la mancanza di evidenza scientifica dell'efficacia di molte prestazioni in merito alla specifica condizione patologica; l'incertezza in questo campo è davvero molto elevata nonostante si sia fatto ultimamente molto per eliminare gli interventi privi di una evidenza di efficacia. C'è poi la mancanza di aggiornamento di molti prescrittori che seguono pratiche talvolta obsolete; questo avviene maggiormente nella medicina di base dove il medico spesso opera da solo ed ha pochi stimoli all'aggiornamento, mentre negli ospedali il lavoro di equipe obbliga ad un reciproco e continuo aggiornamento.

Vi sono poi gli elementi legati agli interessi non clinici sia dei pazienti che degli operatori: tra i primi vi è spesso una richiesta di prestazioni indipendentemente dalla loro effettiva utilità; il diritto alla salute spesso viene vissuto come diritto al consumo di sanità. Perché il sistema rimanga sostenibile, anche i pazienti devono contribuire a non esigere ciò che essi pensano come utile, ma i sanitari non ritengono tale. D'altro canto il medico spesso ha come obiettivo non tanto la salute del paziente quanto la propria difesa da possibili contestazioni: è la cosiddetta medicina difensivistica. È stato stimato che questo elemento aumenta di circa il 10% i costi della sanità e paradossalmente costerebbe di meno rimborsare i danni

eventualmente causati da errori di omissione che non consentire l'iper-prescrizione tutelativa.

Infine, ci sono gli aspetti di illegalità di vario genere, di cui il più frequente sono le nuove forme di comparaggio, magari presentate come tecniche di marketing. Ma quasi certamente questo tipo di illegalità – da condannare severamente - non crea un incremento di costi maggiore di quanto succede in altri settori produttivi; è mia convinzione che nonostante tutto l'etica in sanità sia migliore di quella prevalente in altri campi di attività.

Conclusioni “sostenibili”

Si può allora “sostenere” che il sistema sanitario sia “sostenibile”, nonostante l'attuale crisi economica e nonostante l'invecchiamento della popolazione, a condizione che non si aggravi la fase recessiva. Per il momento negli scenari prevedibili non si intravede un aumento proibitivo dei costi, ma semmai una diminuzione delle risorse disponibili.

Un eventuale aumento dei costi oggi sarebbe assorbibile migliorando l'efficienza della produzione e l'appropriatezza delle prescrizioni nonché col rafforzamento della legalità; attualmente la soluzione praticata è stata quella dei “tagli” di alcuni fattori produttivi quali il personale, i posti letto, i farmaci. Come misura tampone di una situazione a rischio di default i tagli potrebbero giustificarsi, ma se eccessivi nel medio termine possono portare il sistema all'ingovernabilità ed alla crescita incontrollata dei costi necessari per far fronte alle emergenze. È allora necessario un ragionamento svincolato dalle contingenze circa l'economicità delle aziende sanitarie e le loro necessità di investimento. Il vero vulnus per la sanità universalistica potrebbe però derivare da una evoluzione tecnologica che generasse prestazioni che però, per il loro costo, non possono essere erogate a tutti coloro che ne avessero bisogno; se infatti il SSN non fosse in grado di “dare tutto” necessariamente si creerebbero, o si approfondirebbero, i due canali dell'offerta sanitaria: quella per i soli ricchi e quella per tutti gli altri. Questa situazione spazzerebbe via gli elementi di equità e di universalismo del SSN, elementi che nel campo della salute sono essenziali quanto l'efficacia delle cure.

Che fare allora? Credo sia necessario lasciar del tutto libera la

ricerca scientifica ma contemporaneamente sia ancor più necessario indirizzare la ricerca tecnologica verso innovazioni realmente praticabili da tutti e quindi erogabili da un sistema che non può non avere la garanzia della sostenibilità.

Strategie di management e sostenibilità del sistema salute

Sabina Nuti, Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa

Le risorse che la società è in grado di investire nella spesa sanitaria sono strutturalmente in calo, mentre la popolazione è sempre più anziana e pone problemi di complessità, comorbidità e carico assistenziale. Il Sistema Sanitario Nazionale, infatti, sta subendo alcuni “cambiamenti climatici” di impatto rilevante. Il primo è determinato dalla riduzione di risorse finanziarie connesso alla persistente condizione di crisi economica dei paesi sviluppati. Come sottolinea Jacques (2012), il Fondo Monetario Internazionale ha evidenziato che ormai già da qualche anno i paesi in via di sviluppo registrano una produzione manifatturiera nel loro complesso superiore a quella dei paesi sviluppati e al tempo stesso sono in grado di risparmiare molte più risorse. Detto altrimenti, i paesi sviluppati, compresi Canada, Australia, Giappone, paesi Europei ed Usa, producono meno “ricchezza” rispetto ai paesi in via di sviluppo e, per mantenere il proprio livello di vita, si indebitano perché risparmiano meno. Queste condizioni determinano una crisi economica strutturale, sicuramente non transitoria, che impone a molti paesi scelte di “razionalizzazione” delle risorse e, in alcuni casi, anche di quelle destinate alla sanità (Nuti et al. 2012).

Questa riduzione avviene in una fase in cui si registrano cambiamenti assai significativi nei bisogni epidemiologici della popolazione. L'allungamento della vita media delle persone può essere considerato il secondo cambiamento climatico della nostra società. Questo fattore si accompagna alla presenza di malattie croniche che riducono la qualità della vita, soprattutto degli ultimi anni.

Infine, tra i cambiamenti più significativi che influenzano il sistema sanitario, rientra anche la rivoluzione dei processi di informazione e comunicazione che ha determinato l'aumento delle richieste e delle esigenze dei cittadini, sia malati che sani. Tramite un'indagine di soddisfazione ed esperienza della popolazione maggiorenne in Toscana, svolta dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola

Superiore Sant'Anna di Pisa per conto della Regione nel 2012, sono stati intervistati telefonicamente 5.500 utenti a cui sono state poste domande sulla comunicazione, sui medici di famiglia e sui distretti. Sono interessanti alcuni risultati emersi sull'utilizzo di internet. Alla domanda "Quando ha bisogno di informazioni su un problema di salute, consulta internet?" ben il 64% degli intervistati dai 18 ai 45 anni ha risposto positivamente, percentuale che scende al 30% nelle persone tra i 46 e i 65 anni e diventa pari al 6% negli over 65. Grazie ad una maggiore facilità di acquisizione delle informazioni, i cittadini hanno imparato a chiedere di più alle istituzioni, richiedendo al sistema sanitario di essere considerati soggetti attivi dei percorsi assistenziali.

L'inesorabile crescita dei bisogni della popolazione, dovuta all'aumento della vita media, ma anche all'evoluzione socio culturale che determina profondi cambiamenti sul livello e la tipologia di richieste degli utenti, ha quindi aumentato la pressione sociale sull'efficacia dei sistemi sanitari. Molti paesi occidentali hanno messo in discussione il proprio modello, cercando nuove soluzioni di finanziamento e di organizzazione dei servizi. In merito è interessante quanto dice Callahan (2000) "A colpirmi è stata in particolare una circostanza comune alle varie politiche nazionali: gli investimenti e i risultati in termini di salute, per quanto elevati, non sembrano mai sufficienti. È possibile che la medicina moderna abbia concepito una serie di aspirazioni e di pratiche mediche infallibilmente destinate a mettere a dura prova il sistema sanitario e, in taluni casi, a condannarlo al collasso? È possibile che, a dispetto dei progressi via via compiuti, tali aspirazioni siano destinate a farlo apparire perennemente insufficiente alla soddisfazione dei "bisogni" - bisogni progressivamente ridefiniti e aggiornati proprio in relazione ai progressi dell'assistenza sanitaria e della medicina?".

Far fronte alla crescita dei bisogni è una sfida complessa perché, in una fase di crisi economica, gli stati non riescono ad incrementare le risorse disponibili ma tendono a ridurle. La domanda che è doveroso porsi è se, data la difficoltà di garantire la sostenibilità del sistema, possiamo fare di più con le risorse disponibili, ossia se possiamo creare più valore aggiunto per la salute delle persone con le risorse messe in gioco. In particolare, considerando che il nostro Paese ha scelto di garantire una copertura universale dei bisogni sanitari alla popolazione, se possiamo ancora garantire equità dal momento che

la crisi economica determina sempre maggiori disuguaglianze.

È equo un sistema che opera per ridurre le disuguaglianze e garantisce le stesse opportunità di risposta a tutti i cittadini. I sistemi sanitari a copertura universale come quello italiano si propongono di perseguire obiettivi di equità secondo differenti prospettive. Una prima finalità è garantire equità in termini “verticali”, ossia incentivare approcci diversificati di promozione ed erogazione dei servizi sanitari che tengano conto del “punto di partenza” di ogni cittadino (Barsanti e Nuti 2013).

Riprendendo il pensiero di Don Milani, in caso di differenze socio-culturali significative nel background dei cittadini, non si possono fare “parti uguali per disuguali” e per le persone più svantaggiate il soggetto pubblico dovrà impegnarsi di più, con l’obiettivo di colmare il divario per riuscire a dare a tutti le stesse opportunità. In questa prospettiva una certa flessibilità è positiva, se il sistema è capace di dare di più alla popolazione con maggiori necessità.

I sistemi sanitari a copertura universale devono però proporsi di garantire equità anche in termini “orizzontali”, ossia far sì che ogni cittadino, a parità di bisogno, possa ottenere parità di servizio e qualità.

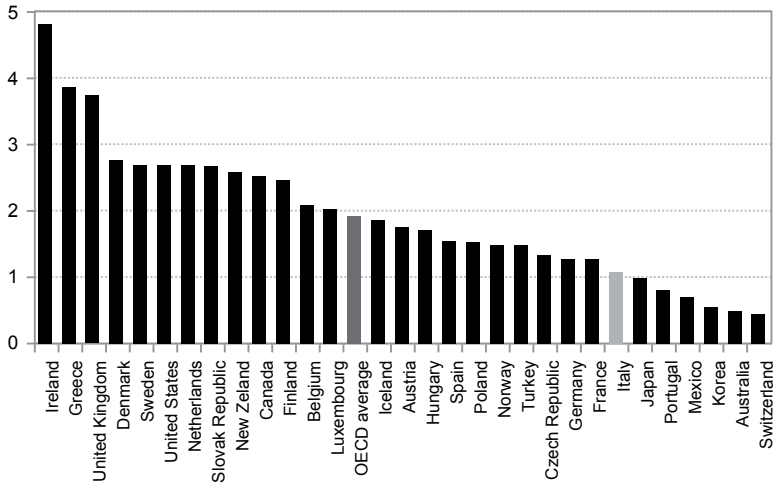
Ormai da decenni, grazie al lavoro di ricerca e di sensibilizzazione al tema realizzato da John Wennberg negli Stati Uniti e dall’Istituto di Dartmouth, da lui stesso diretto per molti anni, il tema del superamento di una “post code medicine” (“medicina da codice postale”), ossia di un servizio sanitario la cui qualità dipende dal luogo di residenza del paziente e non dalla tipologia di bisogno, è oggetto di dibattito pubblico e di specifiche strategie dei policy maker in tutto il mondo. Non è infatti accettabile che in contesti geograficamente anche molto vicini, il livello dei servizi possa essere troppo disuguale, con impatti significativi sugli esiti delle cure.

Esiste infine anche una terza tipologia di equità da perseguire, e riguarda la responsabilità propria del sistema sanitario a copertura universale di rispondere ai bisogni dei cittadini considerando la prospettiva temporale nel confronto intergenerazionale. Ai giovani dovrebbero infatti essere garantite le stesse opportunità di vita e di salute degli anziani di oggi. In questa prospettiva può considerarsi equa ogni azione tesa a evitare spese a scarso valore aggiunto a favore di pazienti al termine del loro percorso di vita e che precludono interventi più efficaci per la popolazione più giovane, magari nell’ambito della prevenzione.

L'obiettivo dell'equità nei sistemi sanitari a copertura universale quindi, in qualsiasi delle tre declinazioni prima esposte, è fortemente integrato e sovrapponibile con quello della "qualità" intesa come capacità dei servizi sanitari di rispondere ai bisogni dei cittadini. In questa prospettiva il concetto di qualità in sanità a sua volta è sovrapponibile a quello di "appropriatezza". Il termine appropriatezza non esiste nel vocabolario italiano dove troviamo solo il significato dell'aggettivo "appropriato". I sinonimi riportati sono: adatto, adeguato, pertinente, giusto, ... "azzeccato". Il concetto applicato all'ambito sanitario vuole sottolineare la capacità del servizio di adattarsi ai bisogni del paziente con una logica "tailored", ossia su misura, offrendo niente di più ma neanche niente di meno di quanto è necessario per rispondere alle esigenze del paziente.

La sfida della sostenibilità

La prima strategia praticabile dai sistemi sanitari a copertura universale, al fine di garantire equità, ma anche qualità e appropriatezza, è quella di ridurre gli sprechi. Negli ultimi anni le cronache sono state invase da casi, soprattutto in Italia, ma non solo, che testimoniano un uso irresponsabile delle risorse che genera gravi inefficienze, spesso legate a fenomeni di malaffare e corruzione, soprattutto nelle regioni del Sud. Questi eventi certamente sono accaduti e impongono interventi immediati che riguardano soprattutto il ripristino della legalità e dell'uso corretto delle procedure amministrative. Maggior rigore e attenzione verso alcuni processi critici, come ad esempio gli acquisti di beni e servizi, possono incidere considerevolmente nella riduzione degli sprechi, ma sono insufficienti a coprire la necessità di risorse aggiuntive per rispondere ai bisogni crescenti e sostenere i servizi socio sanitari. L'OCSE (2010) evidenzia che complessivamente l'Italia non ha grandi margini di intervento rispetto ad altri Paesi (Figura 1)

Figura 1: Risparmi potenziali (%) della spesa pubblica

Fonte: OECD 2010, "Health care systems: Getting more value for money", OECD Economics Department Policy Notes, No. 2, p. 6

Se però, accanto alle azioni di riduzione degli sprechi, si aggiungono interventi volti ad aumentare la produttività delle risorse allocate, la prospettiva si amplia. Il punto è riflettere su quale significato può avere il termine "produttività" in sanità. Certamente l'aumento del volume delle prestazioni erogate in sé non è una strategia da perseguire. L'obiettivo fondamentale di ogni percorso assistenziale in sanità è di essere "appropriato".

Su questi aspetti è interessante l'affermazione di Donald Berwick (2011) "Fra le varie dimensioni della qualità – la sicurezza, l'efficacia, la centralità del paziente, la tempestività, l'efficienza e l'efficacia – non sono sicuro che l'efficienza, come riduzione degli sprechi, sia la principale. Non è la mia preferita. Nonostante sia la dimensione di "qualità" del nostro periodo. Penso che per i prossimi 3-5 anni almeno, la credibilità e la leva della qualità diverranno centrali o al contrario non lo saranno affatto in relazione alla capacità di ridurre i costi dei servizi sanitari e, cosa ancora più difficile, di riallocare i risparmi per altre attività. Migliorare la qualità non basta, è necessario che questa porti ad una riduzione di costi. Altrimenti la strategia che prevarrà sarà quella dei tagli orizzontali".

I costi di una bassa qualità, appunto. Da uno studio condotto da Øvretveit (2009) emerge come la strategia di una bassa qualità sia diffusa e dispendiosa. Ci sono evidenze dell'enorme spreco di risorse finanziarie e umane che una bassa qualità comporta, causate sia dalla sanità, da una cura non ottimale, da un abuso, un cattivo uso o un sottoutilizzo dei trattamenti. È stato valutato che i costi per le infezioni contratte in ambito ospedaliero nel sistema sanitario britannico ammontano a 1 miliardo di sterline all'anno, mentre quelli per reazioni avverse ai farmaci sono comprese tra 0,5 miliardi e 1,9 miliardi (Pirmohamed et al. 2004). I pazienti con malattie croniche non sempre ricevono cure adeguate e i costi per le ammissioni di urgenza, che potrebbero essere evitate, sono molto alti.

Quindi il contenimento dei costi ed il miglioramento dei servizi deve passare dalla dimensione della qualità. È necessario ripensare all'allocazione delle risorse attraverso un confronto diretto fra risorse e qualità, per massimizzare il beneficio a parità di costi o per minimizzare i costi a parità di beneficio ottenuto. Migliorare la qualità quindi non basta: è necessario che questa porti ad una riduzione di costi. Øvretveit (2012) e Marshall e Øvretveit (2011) evidenziano che il punto di partenza è la qualità conseguita considerando i bisogni del paziente. È proprio il focus sul paziente che permette di evitare prestazioni non necessarie o ripetute che sono, in sanità, le cause più rilevanti dei costi riducibili. Individuare questi ambiti di scostamento, ossia quando l'offerta non è perfettamente adeguata alla domanda, rappresenta la sfida principale per i prossimi anni, sia dei policy makers che dei managers della sanità, ma anche dei professionisti sanitari che sempre più sono chiamati ad assumersi precise responsabilità non solo verso i propri pazienti ma verso la popolazione in senso lato. Il lavoro dei professionisti sanitari dovrebbe essere sempre in linea con i protocolli clinici sperimentali ma non sempre è chiaro quali siano gli standard da perseguire e le modalità da adottare per migliorare i risultati per la salute dei pazienti.

Sul sito di ClinicalEvidence (<http://clinicalevidence.bmj.com/>), creato nel 1999 con l'intento di valorizzare i lavori scientifici che forniscono aggiornamenti sulle innovazioni valutabili da una *medicina basata sulle prove di efficacia* (Evidence Based Medicine), sono categorizzati 3000 studi clinici randomizzati in sei settori: interventi che correntemente forniscono un beneficio, interventi che molto probabilmente forniscono benefici, interventi che non portano benefici, interventi che portano benefici ma anche effetti collaterali, interventi che non sono efficaci o addirittura dannosi ed infine interventi per i quali non è accertato il tipo di

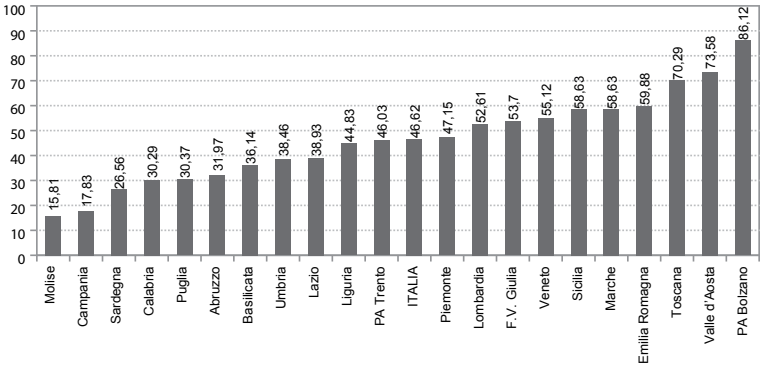
beneficio che apportano. Ebbene, solo il 35% dei trattamenti analizzati porta a benefici in termini di salute, del 50% dei trattamenti non se ne conoscono gli effetti mentre circa l'8% di questi non porta benefici o addirittura dannoso.

Buona parte dell'evoluzione dei processi produttivi sanitari deriva da scelte effettuate in tempi brevi sotto la spinta di innovazioni tecnologiche, nuovi farmaci, approcci diagnostico-terapeutici innovativi introdotti in azienda dai professionisti, piuttosto che da scelte effettuate nella programmazione di medio-lungo periodo.

Quando uno standard di riferimento è stato validato dalla ricerca scientifica è più semplice per i sistemi regionali e per le istituzioni che in essi operano promuovere i processi di miglioramento in tale direzione. Ogni variabilità presente in tali casi deve essere ridotta, per garantire a tutti gli utenti la miglior cura possibile.

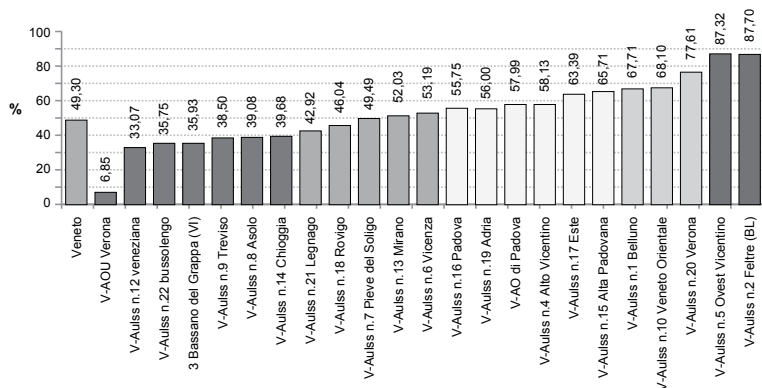
È il caso del percorso frattura di femore. È ormai riconosciuto quanto sia rilevante, per ridurre la mortalità e garantire un pronto e completo recupero fisico del paziente, che l'intervento chirurgico avvenga entro le 48 ore dall'evento. I dati in merito, relativi ai risultati delle regioni italiane, evidenziano una variabilità inaccettabile, come può desumersi dalla Figura 2.

Figura 2: Percentuale delle fratture del femore operate entro le 48 ore dall'ammissione, per regione, 2012.



Il problema della variabilità non è relativo solo alla dimensione regionale. Anche all'interno di una stessa regione si registra una rilevante variabilità, come può desumersi dalla Figura 3, relativamente allo stesso indicatore, nei vari distretti del Veneto.

Figura 3: Percentuale delle fratture del femore operate entro 48 ore dall'ammissione nel Veneto, 2012



Fonte: Nuti e Bonini, 2012

La seconda significativa strategia che i sistemi sanitari possono intraprendere per far fronte ai bisogni della popolazione si focalizza su interventi e azioni in grado di ridurre la variabilità presente nelle performance aziendali e regionali. Grazie al benchmarking sistematico dei risultati e delle relative risorse utilizzate per ottenerli, è possibile individuare ambiti in cui intervenire per ridurre le risorse allocate e orientarle nuovamente verso servizi capaci di garantire maggiore valore aggiunto per i cittadini (Nuti et al. 2010). A titolo di esempio, in Toscana, se non fossero erogate prestazioni diagnostiche quali le risonanze magnetiche muscolo-scheletriche a cittadini di età superiore ai 65 anni (che sono considerate dai professionisti sanitari ad alto rischio di inappropriately), la Regione avrebbe potuto rimettere a disposizione per altri servizi più utili ed efficaci risorse pari a 2,5 milioni di euro nel 2012 (Nuti e Vainieri 2012).

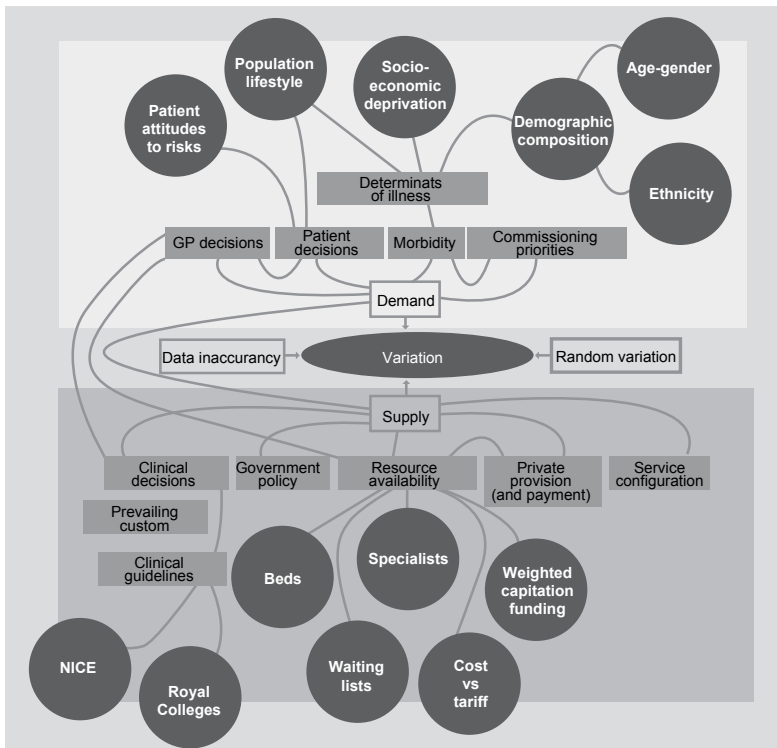
Spesso i medici condividono e dichiarano di accettare le indicazioni delle linee guida promosse dalle società scientifiche e dalla medicina basata su prove dell'efficacia, ma poi non sono in grado di gestire i loro comportamenti prescrittivi nei confronti di pazienti con bisogni simili. La variabilità dei comportamenti prescrittivi e diagnostici dei medici è un fenomeno evidente in tutti i contesti sanitari (De Jong 2008).

Il confronto sistematico, il benchmarking, diventa allora un fattore essenziale nel processo di misurazione in sanità, in quanto

permette di evidenziare la rilevanza della variabilità nel fenomeno misurato (Nutti 2008). Questa variabilità è auspicabile solo nella misura in cui è segno di capacità di risposta ai bisogni differenti dei pazienti ma, in ogni altro caso, deve essere ridotta perché indice di carenza di equità nel processo di erogazione dei servizi.

Nella Figura 4 seguente si rappresentano le possibili cause della variabilità in sanità.

Figura. 4: Possibili cause della variabilità in sanità



Il benchmarking dei risultati è importante per evidenziare differenze non giustificabili, sul livello di risposta erogato, desumibili dal confronto tra diverse aree geografiche e diversi soggetti erogatori. Se, infatti, le evidenze scientifiche sono concordi nel segnalare uno standard di riferimento nazionale validato e presente nei protocolli clinici

internazionali, la presenza di variabilità e performance che si discostano da tale standard evidenziano un preciso ambito di intervento per il miglioramento dell'offerta delle cure. In questi casi è auspicabile adottare l'indicatore di misura anche in termini di valutazione, ossia prevedendo di classificare il risultato secondo diverse fasce di valutazione che considerino quanto il risultato conseguito si avvicina al risultato atteso. Sulla riduzione di tale variabilità è significativa l'azione che in Italia le regioni possono svolgere quali enti responsabili dell'organizzazione dei servizi sanitari. L'adozione integrata di meccanismi e processi di gestione, da includere nei sistemi di programmazione e controllo del sistema sanitario regionale, rappresenta una strategia efficace di intervento (Pinnarelli et al. 2011).

Vi sono anche ambiti nei quali la variabilità dipende da diversi assetti organizzativi che possono essere modificati: differenti tassi di ospedalizzazione, per esempio, dipendono in buona misura dall'organizzazione assistenziale disponibile in un dato territorio. Se, ad esempio, una Regione si è organizzata con centri di servizi diurni o con l'assistenza domiciliare, il ricovero può diventare una soluzione proponibile solo per la casistica più complessa.

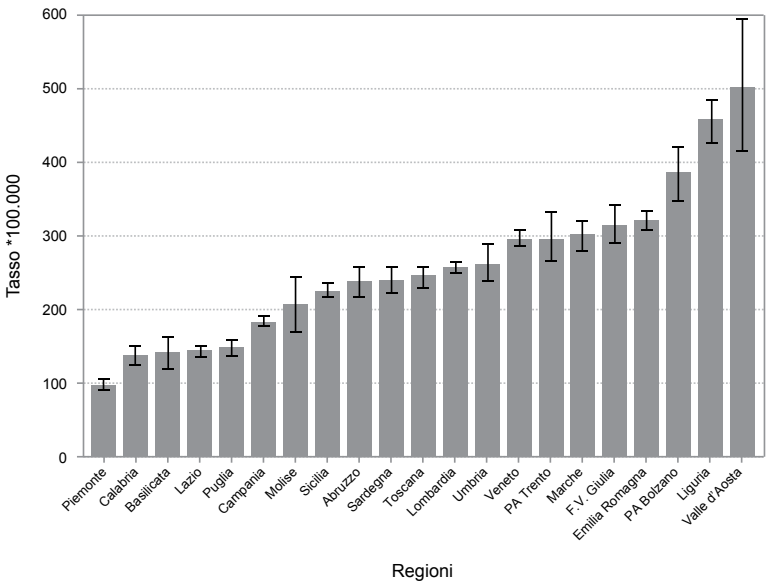
Vi sono infine servizi in cui non vi sono standard di riferimento ma dove la variabilità determina un'allocazione assai differente di risorse e risultati per i pazienti non misurabili. Nello schema qui sotto riportato, si veda, in proposito, la terza tipologia (Nuti e Seghieri 2013).

Tipologia di servizi sanitari	Impatto della variabilità
Servizi di provata efficacia clinica (es. volumi erogati per determinate prestazioni chirurgiche)	La variabilità in questo caso è nociva in quanto riflette il fallimento del sistema sanitario nella risposta appropriata ed equa al bisogno di salute .
Servizi erogati in base all'organizzazione dei setting assistenziali	Variabilità determinata dall'organizzazione , che a volte ricorre a trattamenti o modalità di erogazione del servizio meno efficaci ed efficienti (es. ricorso a ricovero ordinario per interventi eseguibili in day surgery)
Servizi "elettivi" da erogare in base ai bisogni, alle scelte e alla propensione al rischio dei pazienti (es. interventi di sostituzione dell'anca)	Parte di variabilità è positiva in quanto riflette i diversi bisogni e preferenze dei pazienti. Un'altra parte di tale variabilità è nociva perché riflette le scelte discrezionali dei medici .
Servizi influenzati dall'offerta , ossia la cui erogazione aumenta all'aumentare della disponibilità degli stessi (es. posti letto, disponibilità ambulatoriale dei medici di famiglia, tecnologie per la diagnostica per immagini, ecc.)	La variabilità è nociva , in quanto riflette problemi di equità e appropriatezza . Vi possono essere infatti problemi di abuso o sottoutilizzo di determinate prestazioni.

Casi emblematici di questa tipologia di servizi sono le prestazioni di chirurgia elettiva. In Italia i ricoveri chirurgici nel 2011 hanno rappresentato il 34% del totale dei ricoveri. Di questi, circa il 70% sono stati erogati in regime programmato. Tra questi ricoveri, le prestazioni più frequenti si riferiscono agli interventi di colecistectomie, sostituzione dell'anca, tonsillectomie, prostatectomie ecc. Si tratta di prestazioni con un'altissima variabilità su base geografica, sia a livello interregionale che infraregionale.

Nella Figura 5., a titolo di esempio, si presenta il caso degli interventi di tonsillectomie (Fedeli et al. 2009; Goodman 2009).

Figura 5: Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti in Italia



Elaborazioni effettuate dal Laboratorio MeS in collaborazione con PNE - AgeNaS, Anno 2011. Fonte: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_minpag_969_documenti_documento_20_fileAllegatoDoc.ppt

Qualsiasi siano le determinanti della variabilità rilevata tramite gli indicatori, il vero obiettivo è aumentare la consapevolezza dei professionisti sanitari e di tutti i soggetti coinvolti, compresi i pazienti, in modo da determinare un clima di “controllo sociale” e responsabilità condivisa, sia sulla tipologia e il livello di qualità dei

servizi erogati, sia sulle modalità di utilizzo delle risorse economiche disponibili (Shortell 2006).

Al di là di ogni migliore intenzione, e della professionalità di quanti lavorano nel settore della sanità, l'accesso alle cure, e la qualità di queste, varia sensibilmente e la maggior parte delle persone nei paesi ricchi ha accesso ad una confusa varietà di test e trattamenti il cui merito è molto conclamato e i danni minimizzati. Ai pazienti mancano informazioni sulla variazione delle prassi, l'efficacia delle loro cure e i limiti dell'incertezza medica (Tessa et al. 2013).

Alcune considerazioni conclusive

Nelle pagine precedenti sono state sinteticamente descritte alcune delle principali cause che determinano un aumento della complessità del sistema sanitario e che minano la sua sostenibilità nel medio periodo. Oltre ad una serie di cause "esterne", quali la riduzione delle risorse finanziarie a fronte di una crescita inarrestabile dei bisogni dei cittadini e l'aumento delle patologie croniche che accompagna l'allungamento della vita dei pazienti, bisogna anche considerare le responsabilità dello stesso sistema sanitario che, spostando continuamente "la frontiera", rende sempre più complessa la sua gestione e ineludibile il problema della misurazione dei risultati nel settore salute e della loro relazione con le risorse investite. La iperspecializzazione (anche nelle professioni sanitarie non mediche) è stata una risposta inevitabile, ma ha determinato un aumento del livello di complessità e oggi necessita una ricomposizione.

In merito si è affermato che in sanità si continua a lavorare in un sistema che appartiene ancora all'era del capomastro, nel quale un primario, con un ricettario, una sala operatoria e un manipolo di collaboratori ai suoi ordini, pianifica ed esegue ogni fase dell'assistenza al paziente, dalla diagnosi al trattamento. Il sistema sanitario si è adattato lentamente alla nuova realtà, al fatto che, per fare un esempio, un terzo dei pazienti, nel loro ultimo anno di vita, riceve assistenza da almeno 10 medici specialisti, affiancati in media da un'altra ventina di operatori, tra infermieri, assistenti medici, farmacisti e addetti alle cure a domicilio (Gawande 2011).

In conclusione, per affrontare la sfida della sostenibilità del sistema sanitario è necessario che tutti i soggetti del sistema ripensino al loro ruolo con una prospettiva integrata e costruttiva. I profes-

sionisti sanitari, i formati ad avere a cuore la salute dei propri pazienti, a seguire i protocolli clinici basati sulle evidenze e a seguire la propria esperienza, dovranno sempre più farsi carico di verificare il loro operato in termini di costo e di efficacia, con una prospettiva che non si fermi ai soli pazienti in carico ma che analizzi i propri risultati in una prospettiva di beneficio per l'intera popolazione. L'obiettivo dell'equità, in tutte le sue declinazioni, non può essere infatti una priorità dei soli policy makers ma la base di un patto tra le diverse componenti del sistema sanitario che insieme sono chiamate ad individuare le priorità su cui investire e su cui puntare nell'organizzazione dei servizi.

La maggiore consapevolezza e partecipazione dei cittadini può essere determinante a garantire maggiore trasparenza e "accountability" per far sì che questo cambiamento avvenga, che il sistema sanitario sia in grado di dare più valore aggiunto e che ne sia garantita la sostenibilità.

Bibliografia

- Barsanti S., Nuti S. (2013), The equity lens in the Health care performance evaluation system, *The International Journal Of Health Planning And Management*. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com)
- Berwick D. M. (2011), The Moral Test, IHI National Forum Orlando, Florida, December 7
- Callahan, D. (2000), *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, Milano, Baldini e Castoldi
- De Jong, J.D. (2008), *Het verklaren van variatie in medisch handelen: sociale organisatie en institutionele mechanismen*, NIVEL, Utrecht
- Don Milani (1967), *Lettera a una professoressa*, come Scuola di Barbiana, Firenze, Libreria Editrice Fiorentina
- Fedeli U., Marchesan M., Avossa F., Zambon F., Andretta M., Baussano I., Spolaore P. (2009), Variability of adenoidectomy/tonsillectomy rates among children of the Veneto Region, Italy, *BMC Health Services Research*, 7, 9-25
- Gawande A. (2011), *Checklist. Come fare meglio le cose*, Torino, Einaudi
- Goodman D.C., (2009), Unwarranted Variation in Pediatric Medical Care, *Pediatric Clinics of North America*, 56, 745-755

Govender V., Mooney G. (2012), People's policies for the health of the poor globally, *International Journal of Health Planning and Management*, 27(2), 92-103

King's Fund Report (2011), Variations in health care- the good, the bad and the inexplicable, London, King's Fund

Kurunmaki L. (2004), A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals, *Accounting, Organizations and Society*, 29, 327–347

Jacques M. (2012) *When China Rules the World*, Penguin

Marshall M., Øvretveit J. (2011), Can we save money by improving quality? *BMJ Quality & Safety* 20, 293-296

Mooney G. (2000), Vertical equity in health care resource allocation, *Health Care Anal.*, 8, 203-205

Nuti S., Seghieri C. (2013), Is variation management included in regional healthcare governance systems? Some proposals from Italy, *Health Policy*, Volume 114, Issue 1, Pages 71-78, January 2014

Nuti S., Vainieri M., Frey M. (2012), Healthcare resources and expenditure in financial crisis: scenarios and managerial strategies, *The Journal Of Maternal-fetal & Neonatal Medicine*, 25, 48-51

Nuti S., Bonini A. (2013), Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali: Basilicata, Liguria, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Veneto - Report 2012, Pisa, EDIZIONI ETS

Nuti S., Vainieri M. (2012), Managing waiting times in diagnostic medical imaging, *Bmj Open* Volume 2 Issue 6, published online on <http://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e001255.full.pdf+html>

Nuti S., Vainieri M., Bonini A. (2010), Disinvestment for reallocation: a process to identify priority in healthcare, *Health Policy*, Vol. 95 n. 2-3, 137-143

Nuti S. (a cura di) (2008), *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, Bologna

OECD 2010, "Health care systems: Getting more value for money", OECD Economics Department Policy Notes, No. 2

Øvretveit J. (2012), Raising quality and reducing costs—in one improvement? In: *The Innovation Imperative in Health Care Organisations: Critical Role of Human Resource Management in the Cost, Quality and Productivity Equation*, Edward Elgar Publishing

Øvretveit J., Marshall M. (2011), Can we save money by improving quality? *BMJ Quality & Safety*, 2011/4/1, 293-296

Øvretveit J. (2009), *Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers*, The Health Foundation, London

Pirmohamed M. et al (2004), Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients, *Bmj*, 2004/7/3, 329, 7456, 15-19

Pinnarelli L., Nuti S., Sorge C., Davoli M., Fusco D., Agabiti N., Vainieri M., Perucci C. (2011), What drives hospital performance? The impact of comparative outcome evaluation of patients admitted for hip fracture in two Italian regions, *BMJ Quality and Safety*, 21, 127-134

Shortell S. M., Kaluzny A. (2006), *Health care management; Organization design and behavior*, Clifton Park, Thomson Delmar Learning, New York

Tessa R. et al. (2013), Let the patient revolution begin, *BMJ* 2013;346:f2614

Dialogo di Enrico Rossi, Presidente della Regione Toscana, con Massimo Livi Bacci

Livi Bacci

Ho il piacere di dare il benvenuto a Enrico Rossi, Presidente della Regione Toscana, che sui temi della sanità ha grande esperienza, come politico e come amministratore. Siamo molto interessati a sapere in quale misura il suo punto di vista sulla questione sanitaria coincida con quello delineato dagli ospiti che hanno parlato nella prima parte del nostro incontro. Anche se i presenti in sala ben conoscono Enrico Rossi, vorrei ricordare in due parole il suo curriculum. Enrico è nato a Bientina e si è laureato a Pisa in filosofia nel 1982; ha lavorato per un breve periodo come giornalista, entrando subito nella politica attiva, prima come assessore e vicesindaco di Pontedera, e poi per 10 anni, dal 1990 al 1999, come sindaco della città. Erano gli anni della crisi della Piaggio, nella cui soluzione il giovane sindaco ebbe un ruolo importantissimo, anche con il lancio del polo tecnologico. Dal 2000 al 2009 è stato assessore regionale alla sanità e ha guidato con successo la ristrutturazione del sistema sanitario toscano. Dal 2009 è presidente della nostra Regione. Insomma, un quarto di secolo di esperienza di amministrazione e di governo, con responsabilità crescenti: la persona più adatta, dunque, per concludere questo incontro dedicato alla sostenibilità del sistema sanitario.

Chiedo però a Rossi di soddisfare subito una mia curiosità: come altri politici di rilievo nel nostro Paese, sei laureato in filosofia. Come è nato il tuo interesse per Agnes Heller, sulla cui opera hai fatto la tua tesi di laurea?

Rossi

A questa domanda posso rispondere facilmente e con franchezza. Il mio professore mi dette una tesi su alcuni aspetti del pensiero di György Lukács. Si trattava di un argomento molto difficile e complesso, nel quale mi ero addentrato con molte letture. Accadde che un giorno mi trovai a prendere un caffè col professore e con un

suo assistente, che si era impegnato nella lettura del libro di Lukács “Ontologia dell’essere sociale”, appena pubblicato dagli Editori Riuniti, e che ebbe a confessare candidamente che l’aveva trovato assai poco comprensibile. Questo mi fece capire appieno le enormi difficoltà che mi si paravano davanti, e chiesi un cambio di tesi, anche perché, ad essere sincero, avevo una certa fretta di laurearmi. È nato così il mio incontro con Agnes Heller, allieva di Lukacs, che aveva raggiunto molta notorietà in Italia negli anni ‘70 con la pubblicazione del suo libro “Sociologia della vita quotidiana”, che aveva suscitato vivaci dibattiti. Fu, per certi versi, un ripiego, del quale però non ebbi a pentirmi.

Livi Bacci

Noi abbiamo invitato il presidente Rossi non per discutere di filosofia – anche se lo Stensen sarebbe l’ambiente ideale per farlo – ma per conoscere la sua opinione sul tema oggetto di questo incontro, che i precedenti oratori hanno affrontato da diversi punti di vista. C’è però un aspetto comune nella loro analisi, che individuierei in un cauto ottimismo circa la sostenibilità del sistema sanitario italiano, nonostante il veloce invecchiamento demografico, l’evoluzione dei costi di tecnologie sempre più complesse, una “domanda” di cura da parte della popolazione che è sempre più esigente. Ma questo ottimismo è condizionato dalla capacità del sistema di razionalizzarsi, di eliminare gli sprechi, di tenere separate le responsabilità politiche da quelle sanitarie e manageriali. I sistemi possono migliorare, e sostenere una migliore e più lunga sopravvivenza, ma anche andare indietro, come l’inquietante esperienza della Russia nell’ultimo trentennio dimostra. Insomma possiamo mantenere e migliorare un sistema accessibile a tutti, che eroghi le migliori cure, e che compri le disuguaglianze che, anche nel campo della salute, ancora sussistono?

Rossi

Il tema mi appassiona. Comincerei dalla realtà toscana, per poi passare a considerazioni più generali. Vorrei rilevare prima di tutto l’importanza di disporre di metodi e strumenti di misurazione dell’efficienza e dell’efficacia del sistema sanitario. L’atto medico, in se, è un atto indipendente che deve però trovare un equilibrio con

l'organizzazione sanitaria: in altre parole, si deve trovare il giusto punto d'incontro tra medico e azienda. L'organizzazione sanitaria è, infatti, un'azienda – così la definisce la legge Bindi – non perché debba generare profitti, ma perché deve sapere adottare quei meccanismi organizzativi, di misurazione e di controllo dell'attività che sono stati elaborati dal mercato. Ripeto, non per generare profitti, ma per finalità di natura sociale. L'obbiettivo, che può essere raggiunto con una buona logica organizzativa, è quello di recepire le pratiche migliori sviluppate nel mondo e adattarle agli obiettivi di qualità, di appropriatezza e di controllo delle risorse che la sanità toscana si propone

Non è un percorso facile da compiere. Il processo di innovazione, infatti, dovrebbe essere continuo, ma vi sono moltissime e diffuse resistenze da parte di interessi costituiti – anche nell'ambito pubblico delle autonomie locali - pronte a brandire la spada di Alberto da Giussano per la difesa degli interessi costituiti. Prendiamo l'esempio del servizio 118. Confesso che siamo stati dei pusillanimi se fino ad oggi non l'abbiamo riformato, ma è anche vero che ci scontriamo contro i sindaci che vogliono mantenere il controllo della struttura locale. Eppure abbiamo il dovere di professionalizzare il servizio secondo le migliori pratiche europee. La chiamata al 118 deve essere valutata in maniera esperta, si deve comprendere e decodificare la situazione del paziente, quali siano le priorità, a quale presidio ospedaliero inviarlo se, ad esempio, occorre un intervento neurologico. Se la persona è colpita da un ictus, è bene superare l'ospedale locale ed inviarlo al centro specializzato. Tutto questo sembra del tutto ovvio e di buon senso, invece ci perdiamo in sterili dibattiti localistici, negli sforzi per superare l'opposizione di certi sindaci. Del resto la sanità ha una grande rilevanza politica e questi dibattiti sono inevitabili. Però guai a perdere di vista il fulcro del dibattito che è quello di cosa si deve fare per salvare più vite umane possibile: io sono convinto, per esempio, che basterebbe avere tre centrali del 118 e tre dipartimenti di cardiologia per tutta la Toscana. Un altro esempio: in Toscana ci sono 16 laboratori per le analisi del sangue, delle urine ed altro. Ebbene, forse ne basterebbero tre, oppure addirittura uno solo, che lavorasse su tre turni – magari nella piana di Sesto, dove oramai si mette di tutto! - per soddisfare le esigenze di tutti. E si risparmierebbero decine di milioni di euro da dedicare ad altre attività. Però le aziende ospedaliere si porrebbero subito sul chi vive, gestori dei laboratori, territori, sindaci solleverebbero ostacoli.

Presi uno per uno, tutti si dichiarano d'accordo, ma quando occorre agire si rafforzano le difese degli interessi particolari – difese peraltro legittime – che ritardano la riforma. La sanità può fare molto bene o molto male. Occorrono leader, legittimati politicamente, onesti e per bene, che portino avanti le riforme. È giocoforza procedere con gradualità, però occorre riformare, naturalmente ispirandosi alle migliori pratiche internazionali per qualità e appropriatezza: solo così si contrasta l'avanzata dei costi, si migliora la qualità della sanità e si risparmiano risorse. È come una magia: si cura meglio e anche si risparmia.

Livi Bacci

Molti di noi sono estranei al campo della sanità, se non come utenti: potresti dare qualche esempio di come questa magia, che hai evocato, possa realizzarsi?

Rossi

Ci sono esempi concreti, per esempio, gli interventi per la frattura dell'anca: se si fanno entro 48 ore dal trauma, si opera meglio, ci sono meno complicanze e ricadute e si riduce la permanenza in ospedale. Un altro esempio: quando sono diventato assessore alla sanità, era in corso una privatizzazione strisciante dell'oculistica; c'erano alcuni professionisti, peraltro bravissimi, che ad un paziente facevano una cataratta nel servizio pubblico, ma per la seconda lo inviavano nel privato. Abbiamo evitato di privatizzare l'oculistica, come purtroppo è avvenuto per l'odontoiatria. In questo ci ha molto aiutato l'evoluzione della tecnologia. Non troppi anni addietro, a Careggi, si faceva un'operazione di cataratta ogni ora, ed era un buon ritmo: era il tempo necessario per la preparazione della sala operatoria, per l'intervento, per rimettere a posto la sala per l'operazione successiva. Il paziente stava in ospedale per due giorni. Oggi la cataratta si fa in regime ambulatoriale, al ritmo di un intervento ogni quindici minuti. Con esiti migliori e minori costi.

Livi Bacci

Questi che hai dato sono esempi convincenti di una buona combinazione tra innovazione della tecnologia medica e l'organizzazio-

ne dell'attività ospedaliera. Credo però tu possa illustrarci anche qualche esempio di come i processi di razionalizzazione riguardino anche la rete ospedaliera.

Rossi

Anche in questo campo occorre razionalizzare e innovare. Nei piccoli ospedali, di periferia, dove nelle sale operatorie si fanno meno di 300 interventi all'anno, occorre chiudere i reparti di chirurgia, dando per scontato che i giornali, i sindaci o gli assessori solleveranno le loro veementi proteste. D'altro canto gli ammalati di tumore, che prima si curavano solo nei grandi ospedali, adesso possono essere trattati con ugual successo anche nei piccoli ospedali periferici. Le cure oncologiche oggi vengono fatte secondo procedure e protocolli standardizzati ugualmente efficaci nei grandi come nei piccoli ospedali: un ammalato può curarsi a Fivizzano o a Sansepolcro senza essere costretto ad andare con l'ambulanza a Massa o ad Arezzo. La politica può fare molto male se si impossessa dei meccanismi di potere della sanità, può invece fare molto bene se spinge all'innovazione e al miglioramento della qualità, accettando i risultati dei monitoraggi, interloquendo con i professionisti. Non basta procedere a colpi di delibere che spesso rimangono appese a stagionare...come forme di caciocavallo! Nella mia esperienza ho capito che si può risparmiare e nello stesso tempo migliorare le cure, razionalizzare e migliorare la qualità. Però spesso ci vuole il pugno di ferro. Si deve, inoltre, avere una gestione inattaccabile. Da qualche anno tutti i conti delle aziende sanitarie toscane sono certificati. Il mezzo disastro di Massa è venuto fuori durante il processo di certificazione. Sono lunghi i processi di revisione e controllo dei conti, ma una volta compiuti, tutte le aziende sanitarie italiane potrebbero essere quotate in Borsa e assessori e presidenti delle Regioni potrebbero dormire tra due guanciali.

Livi Bacci

L'aumento della popolazione anziana genera, inevitabilmente, un aumento delle persone con patologie croniche che possono creare disabilità. Come deve attrezzarsi un sistema sanitario per contrastare questi inevitabili processi?

Rossi

Una buona innovazione da introdurre nel piano sanitario della Toscana è quella della presa in carico della cronicità. C'è un'esperienza di successo negli Stati Uniti avviata dalla Kaiser Permanente, un'associazione non-profit che amministra la salute di 9 milioni di pazienti e opera in California, dove è nata, e in numerosi altri stati. La Kaiser Permanente segue la salute dei suoi pazienti in maniera continua, e ha l'obiettivo di ridurre al minimo la necessità di ricovero ospedaliero. Questa esperienza insegna che se l'anziano ammalato cronico viene seguito a casa, assicurandosi che assuma regolarmente le medicine prescritte, che si sottoponga regolarmente a visite di controllo, che venga adeguatamente istruito sulle regole alimentari da seguire e su quanto sia conveniente fare nel caso specifico, ebbene, allora non solo migliora la qualità della vita del cronico, ma si riducono i ricoveri ospedalieri e si risparmiano risorse.

Mi soffermo sul tema degli anziani ammalati cronici che però vivono a casa. Questa questione va ripresa con lena. Per esempio l'assistenza domiciliare sistematica per monitorare le condizioni dell'anziano - se si alimenta correttamente, se prende le medicine prescritte e via dicendo - non deve essere necessariamente fatta dai medici. Questa attività potrebbe dar lavoro a qualche migliaio di giovani su tutto il territorio, opportunamente formati e sotto supervisione. Tuttavia c'è una certa resistenza a progetti come questi da parte dei medici di famiglia, che si sentono sminuiti nel loro ruolo.

Il forte aumento degli anziani non deve essere percepito come un pericolo. D'altra parte sono dell'avviso che oltre un certo livello di reddito, e fermo restando il carattere universalistico del sistema, sia per i ricoveri sia per l'assistenza domiciliare si possa fare intervenire un sistema assicurativo. Sicuramente in Toscana c'è una quota della popolazione - ipotizzo una persona, forse due, su dieci - che è in grado di spendere qualche decina di euro al mese per garantirsi assistenza domiciliare e ricovero in caso di necessità. Mi si dirà che in Italia il livello di evasione è ancora molto alto, e che esistono molte persone benestanti che non dichiarano il dovuto e formalmente rientrano nelle fasce protette, esenti da oneri. È vero, ma prima o poi anche il nostro dovrà diventare un paese normale, e comunque questo non può essere un alibi per evitare le riforme. Questa sarebbe una bella innovazione, che però in un clima politico destabilizzato come quello attuale fatica ad essere presa in considerazione. Uno dei maggiori problemi è che l'Italia ha compiuto una riforma della

sanità, ma non ha mai affrontato la questione di quali siano i livelli essenziali, universali, di cura, e come questi debbano essere finanziati, in special modo nella parte socio-assistenziale. In Toscana esistono 396 strutture residenziali per anziani. Di queste, 304 sono Rsa, residenze sanitarie assistenziali. La quota sanitaria è a carico del servizio sanitario regionale, mentre la quota sociale è a carico del cittadino o della famiglia. Se il cittadino o la famiglia non riescono a coprire il costo, interviene il Comune di residenza, secondo le disposizioni regionali. Se fossimo un Paese maggiormente pragmatico, credo che nessuno dovrebbe scandalizzarsi se i cittadini - quelli in grado di farlo, beninteso - dovessero assicurarsi per finanziare un fondo che garantisca l'assistenza continua in caso di necessità.

Non credo, infatti, che allo stato si possa addossare interamente il costo della non autosufficienza: l'intervento pubblico deve essere riservato alle fasce di reddito più basse, che hanno redditi effettivi minori, che so, a 2000 euro al mese o giù di lì. È anche questa una via per difendersi dalle conseguenze negative dell'invecchiamento, ed anche per salvaguardare le generazioni dei figli spesso costretti a sopportare, per l'assistenza a un genitore, oneri davvero elevati, se non insopportabili.

Livi Bacci

Uno degli aspetti critici della questione che oggi trattiamo è quella delle disuguaglianze nella popolazione con riguardo alle condizioni di salute ed alla sopravvivenza. Queste disuguaglianze si verificano tra aree territoriali diverse e, soprattutto, tra gruppi diversi, a seconda del reddito, del grado d'istruzione, dell'accesso ai servizi per la salute, degli stili di vita adottati, della professione esercitata. Questo avviene anche in paesi relativamente omogenei per quanto riguarda queste caratteristiche – per esempio nei paesi scandinavi – dove tra l'altro esistono buoni sistemi sanitari universalmente accessibili. Ci puoi dare il tuo punto di vista sulla questione?

Rossi

Sulla questione delle disuguaglianze, ancora rilevanti, per quanto riguarda la salute, abbiamo buone indagini nella nostra regione. Queste ci dicono che a parità di altre condizioni, per esempio il reddito, sono le persone con minore istruzione – e soprattutto

con meno conoscenze (queste si possono acquisire anche fuori del circuito scolastico) – quelle che mediamente si curano meno, con peggiore stato di salute, con speranza di vita minore. Le persone con condizioni economiche molto modeste, se hanno buone conoscenze, se si prendono cura di sé, se sono bene informate, possono godere di livelli di cura e salute migliori di persone con buone condizioni economiche ma ignoranti. Poi avviene anche, come in certi quartieri popolari a Livorno, che la combinazione tra scarse risorse e bassa conoscenza generi una situazione di grave svantaggio, cioè si vive meno a lungo. Non siamo ancora in grado di sapere cosa sia avvenuto in questi ultimi anni e quali siano state le conseguenze, sullo stato di salute generale, della crisi economica e delle accresciute disuguaglianze. Un indicatore allarmante in questi ultimi tempi è il minor ricorso alle visite specialistiche: temo che questo non sia dovuto solo a ragioni economiche, ma anche a ragioni sociali, una sorta di arretramento culturale, mi auguro transitorio, per quanto riguarda l'attenzione verso se stessi.

Credo però che il sistema sanitario che abbiamo, che è complessivamente buono – anche se continuamente, e credo ingiustamente, posto sotto attacco – sia in grado di contrastare la spinta negativa delle disuguaglianze economiche. È un sistema egualitario e universalistico che bisogna ad ogni costo proteggere e rafforzare, e questo si può fare solo con un continuo processo di riforma ed innovazione, con la partecipazione di tutti.

Mi permetto di raccontarvi qualcosa di personale, che riguarda mio padre. Mio padre, grazie al cielo, ha 86 anni, è in buona salute, monta ancora sugli ulivi, e già questo sfata l'idea che l'anziano sia sempre bisognoso di assistenza. Mio padre è stato ricoverato per 5 giorni all'ospedale di Pontedera, per un problema poi risolto. Alla dimissione, insisteva per pagare - “mi avete dato da dormire e da mangiare per cinque giorni, fatemi almeno pagare questo!” – forse anche preoccupato che gli facessero un trattamento di favore per riguardo a me. Sono convinto che il Sistema Sanitario Nazionale sia stata una gran bella riforma, fatta quasi quarant'anni fa, con l'apporto di tutti i partiti, una delle buone cose fatte dalla prima repubblica. È un sistema che funziona complessivamente bene, meglio che in altri paesi, che va rafforzato con continua innovazione e razionalizzazione, valorizzando le migliori pratiche, modernizzandolo, rendendolo adeguato alle esigenze della popolazione, e questo si può fare se si ha il coraggio di chiedere qualche compartecipazione

al costo dei servizi da parte dei ceti che possono permetterselo.

Certo capisco la rabbia di chi onestamente paga il suo ticket e si accorge che la persona appena scesa da un lussuoso SUV, si dichiara nullatenente e non lo paga. Ma, ripeto, spero che questo riesca a diventare un paese normale, dove il fisco funzioni correttamente, e anche la dichiarazione dei redditi diventi un documento veritiero e uno strumento utile per rafforzare la giustizia sociale e l'equità. La sanità però deve rimanere pubblica. Il pubblico non può ridursi solo alle fasce povere. Io non demonizzo il privato, ma nel quadro del sistema pubblico che compie il necessario monitoraggio e ne assicura il controllo. Occorre inoltre che lo Stato si faccia carico di un sistema di benchmarking, che eviti i dissesti di alcune Regioni – cito il Lazio, con 2 miliardi di debito, dove il privato si è sviluppato in modo abnorme – e diffonda modelli virtuosi come quelli esistenti in altre regioni: Lombardia, Liguria, Emilia, Toscana, Veneto. Il sistema pubblico va rafforzato riformando e innovando.

Livi Bacci

Ci farebbe molto piacere continuare a lungo questa conversazione con Enrico Rossi, e conoscere il suo parere su molti altri aspetti del sistema sanitario. Abbiamo solo sfiorato i temi della compartecipazione delle persone ai costi delle cure, del delicato confine tra sistema pubblico e sistema privato, del miglior modo per separare le responsabilità politiche e quelle degli amministratori e dei sanitari. Abbiamo però recepito il suo doppio appello: quello diretto a salvaguardare l'insostituibile funzione del sistema pubblico, e quello che afferma l'urgente necessità di un continuo processo di riforma e di razionalizzazione. Se questi due appelli vengono raccolti, siamo in grado anche di affrontare il futuro e di mantenere integro un sistema che ha permesso alla popolazione italiana di guadagnare le posizioni di testa nella graduatoria mondiale della longevità. Ringraziamo ancora moltissimo il nostro ospite che avremmo piacere di ascoltare ancora a lungo. Però c'è ancora una brevissima cerimonia da compiere, prima che si faccia troppo tardi e che padre Brovedani sia costretto a dar ordine di spengere le luci in sala. L'associazione Neodemos ha il piacere di procedere alla premiazione del concorso "Neodemos e i giovani". Prego perciò il nostro Presidente, Gustavo De Santis, di presiedere a questa breve, ma per noi assai importante, cerimonia.

Neodemos: Associazione Culturale

Cosa fa L'Associazione: diffonde e divulga analisi sulle tendenze demografiche in Italia, in Europa e nel Mondo, e discute le loro implicazioni per le politiche sociali, la coesione sociale, lo sviluppo. L'obiettivo è sostenere l'alta e buona divulgazione dei contenuti e dei risultati della ricerca.

Come lo fa: principalmente con l'attività editoriale del sito *www.neodemos.it*, ma anche con l'organizzazione di incontri e convegni, pubblicazioni, concorsi di idee.

Il sito Neodemos: ha cominciato ad operare il 5 Marzo del 2007. In sette anni di vita, ha pubblicato ogni settimana due nuovi contributi su una grande varietà di temi: la natalità, il matrimonio, il divorzio, la famiglia, la salute, la sopravvivenza, i rapporti e i trasferimenti tra generazioni, il lavoro, l'uso del tempo, le migrazioni interne e internazionali, l'urbanizzazione, i censimenti, la Cina, l'India, il Brasile, gli Stati Uniti, l'Africa, la popolazione del Mondo...

Gli Autori: nei sette anni di vita, circa 300 Autori hanno firmato gli articoli di Neodemos: ricercatori, esperti, amministratori, studiosi di varia formazione ed origine.

Chi può pubblicare su Neodemos: chiunque abbia qualcosa di interessante, rilevante e significativo da comunicare su un tema che rientri nelle finalità dell'Associazione, e che lo faccia in modo accessibile ad un pubblico colto ma non specialista, adeguandosi alle regole redazionali e alle eventuali indicazioni dei *referees*.

Contributi pubblicati: al 10 marzo 2014, 628 contributi, tutti reperibili nell'archivio, con chiavi tematiche. Gli articoli pubblicati possono essere riprodotti ed utilizzati liberamente, e lo sono, anche con regolare cadenza, da diverse testate.

Chi sono gli utenti di Neodemos: sono docenti, ricercatori, studenti, amministratori, esperti. Il libero accesso all'archivio, la varietà dei temi e la numerosità dei contributi, consentono un'ampia informazione e la costruzione di rassegne, dossier e rapporti tematici.

Quanti sono gli utenti di Neodemos?: Un numero in costante crescita: nei primi due mesi del 2014 quasi 5000 visite settimanali.

Chi sostiene Neodemos?: Essenzialmente l'opera volontaria e gratuita dei 12 promotori, il libero sostegno offerto dai lettori e i contributi mirati di donatori istituzionali per lo svolgimento di incontri o convegni.

Chi sono i promotori di Neodemos?: Originariamente 8, sono adesso 12, tutti appartenenti ad Università o Enti di ricerca. In ordine alfabetico: Francesco Billari (Oxford), Corrado Bonifazi (Roma), Andrea Brandolini (Roma), Cinzia Conti (Roma), Gustavo De Santis (Presidente, Firenze), Roberto Impicciatore (Milano), Massimo Livi Bacci (Firenze), Letizia Menca-

rini (Torino), Stefano Molina (Torino), Alessandro Rosina (Milano), Maria Letizia Tanturri (Padova), Chiara Tasselli (Firenze). Redattrice & Webdesigner è Caterina Livi Bacci (Firenze); Webmaster è Filippo Bonechi (Firenze).

Premio Neodemos e i Giovani: Nel 2014 si terrà il quarto Premio annuale “Neodemos e i Giovani”, riservato ai giovani Autori per i contributi pubblicati su Neodemos e considerati meritevoli da una Giuria.

Convegni ed Incontri: Quattro Convegni annuali (e quattro pubblicazioni), dal 2010 al 2013: “Europa 2020. Politica dell’immigrazione e della cittadinanza” (2010); “Per un’Italia che riparta dai giovani” (2011); “Cambiamenti demografici, risparmio e solidarietà tra generazioni” (2012) e “Salute, sopravvivenza e sostenibilità dei sistemi sanitari” (2013). Le pubblicazioni sono scaricabili gratuitamente dal sito.

eBook: Nel 2013 è iniziata la pubblicazione di eBooks tematici che raccolgono, commentati e collegati, contributi pubblicati in Neodemos. Sono stati pubblicati: *I tre Giganti. Cina, India e Stati Uniti*, a cura di Gustavo de Santis e Massimo Livi Bacci; *Le migrazioni al tempo della crisi*, a cura di Corrado Bonifazi. Fuori collana si situa *Migrazioni. Vademecum di un riformista*, di Massimo Livi Bacci. Anche queste pubblicazioni sono scaricabili gratuitamente dal sito.

Collaborazioni internazionali: Neodemos è partner della rete internazionale di centri di studio e ricerca denominata *Population Europe*, con sede a Berlino. Il 16 Ottobre 2014 si terrà a Roma, in collaborazione di *Population Europe*, Università la Sapienza, Istat e Associazione Neodemos, il Convegno *The Strager among us. Immigration Policies and Social Cohesion in Europe*. Neodemos ha anche un programma di scambio di articoli con *OpenPop*, un sito specializzato su tematiche demografiche della università di Oxford. È anche in corso l’attivazione di un analogo programma con il CSIC – Demographic Dynamics Group of the Spanish National Research Council.

Altre iniziative – Nel Luglio 2013 è stato pubblicato a cura di Fieri (Torino), Ismu (Milano) e Associazione Neodemos, il documento *Oltre la crisi: riforme per il governo delle migrazioni*, col quale si è voluto offrire una base di discussione, fondata su solide evidenze scientifiche, all’indispensabile aggiornamento della politica migratoria dell’Italia.

Premiazione del concorso “Neodemos e i giovani”

Gustavo De Santis, presidente dell'associazione Neodemos.it, premia i migliori articoli proposti a neodemos scritti da giovani per il 4° concorso “Neodemos e i giovani”:

Laura Bartolini e Caterina Francesca Guidi, *Assistenza sanitaria in Italia: l'immigrazione indispensabile.*

Vincenzo Scrutinio, *Il grigio futuro dei BRICs.*

Elena Cottini e Agnese Vitali, *I giovani e la crisi.*

Autori di www.neodemos.it (anni 2007-2014)

Abburrà Luciano	Bonarini Franco	Costa Giuseppe
Acanfora Luisa	Bonifazi Corrado*	Cotroneo Rossana
Accorinti Marco	Bontadini Filippo	Cottini Elena
Agostino Lucia	Bordone Valeria	Cottone Francesco
Albertini Marco	Botta Paolo	Crialisi Roberta
Algeri Veronic	Bottoni Gianmaria	Crisci Massimiliano
Andersson Gunnar	Brandi Maria	Cucchiurato Claudia
Antonicegli Margaret	Carolina	Curini Luigi
Arnstein Aassve	Brandolini Andrea*	Cutillo Andrea
Arosio Laura	Bravo Jorge	D'Alessio Giovanni
Arpino Bruno	Burgio Alessandra	D'Errico Alessia
Arrighetti Alessandro	Bussini Odoardo	Dalla Zuanna
Attanasio Angelo	Calenda Davide	Giampiero
Attanasio Massimo	Caltabiano	Dalmazzo Alberto
Avesani Marta	Marcantonio	Danaj Ermira
Baiocchi Barbara	Camolese Valentina	Dattilo Barbara
Baldasseroni Alberto	Cancellieri Adriano	De Angelis Simone
Baldoni Emiliana	Cannari Luigi	De Blasio Guido
Balduzzi Paolo	Cantalini Bruno	De Filippis Bruno
Barban Nicola	Capacci Giorgia	De Pascale Anna
Barbieri Gianna	Cappiello Antonio	De Rose Alessandra
Barbieri Giovanni A.	Caruso Sergio	De Santis Gustavo*
Barbottina	Casacchia Oliviero	Del Boca Daniela
Bartolini Laura	Cassarino Jean-Pierre	Demurtas Pietro
Basso Sara	Castro Martín Teresa	Di Bartolomeo Anna
Bazzanella Arianna	Cela Eralba	Didonna Maria
Bellini Eugenia	Ceron Andrea	Grazia
Belloni Michele	Chelli Francesco	Doccini Saverio
Beltrametti Luca	Chellini Elisabetta	Donati Elisabetta
Benassi Federico	Chiuri Maria	Echeverria Gabriel
Benvenuti Valeria	Concetta	Egidi Viviana
Berloffa Gabriella	Cicali Alessandra	Esposito Maria
Bernardi Laura	Cico Mastro	Giovanna
Berti Fabio	Cigno Alessandro	Esteve Albert
Bettio Francesca	Cimbelli Alessandro	Falcone Angela
Billari Francesco*	Cipollone Piero	Farina Patrizia
Blangiardo Gian	Colasseno Ibeno	Fasani Francesco
Carlo	Colomba Gianpiero	Ferdinando Timperi
Bocale Paola	Coniglio Nicola	Ferrara Raffaele
Bocuzzo Giovanna	Conti Cinzia*	Ferreira Mendes
Bolzani Daniela	Cortese Antonio	Marcia Maria
Bonaguidi Alberto	Cortina Clara	Ferri Giovanni

Ferro Irene	Loi Francesca	Natale Luisa
Festy Patrick	López Antonio	Ninka Besiana
Finotelli Claudia	Losito Bruno	Noah Carl
Fiori Francesca	Lungarella Raffaele	Nolan Brian
Fornari Rita	Maciocco Gavino	Oggioni Enrico
Fraboni Romina	Magri Silvia	Olivieri Elisabetta
Franceschi Guidi Caterina	Maitino Maria Luisa	Ongaro Fausta
Furcht Andrea	Maltagliati Mauro	Ortensi Livia
Furnari Roberto	Mamolo Marija	Pace Roberta
Gabrielli Domenico	Mancini Paola	Paci Eugenio
Gabrielli Giuseppe	Mandrone Emiliano	Paluzzi Evelina
Gallo Gerardo	Manetti Elena	Pamolli Fabio
Galton Sir Francis	Manzi Giancarlo	Panichella Nazareno
García Pereiro Thaís	Marchi Marco	Pappalardo Roberto
Gasbarrone Mara	Marina Pediconi	Pasqua Silvia
Gaymu Joëlle	Marini Cristiano	Pastore Ferruccio
Gemma Massimiliano	Marsili Marco	Paterno Anna
Gesano Giuseppe	Martin John P.	Pennati Cecilia
Ghio Daniela	Martin Pilar	Piccione Leonardo
Giorgi Claudio	Martín-García Teresa	Pinnelli Antonella
Giraldo Anna	Martini Alberto	Pirani Elena
Goisis Alice	Mason Andrew	Piras Romano
Golini Antonio	Mastroluca Simona	Pizzimenti Antonella
Granaglia Elena	Mauro Bucciarelli	Porciani Linda
Granata Anna	Mazzarella Gianluca	Porro Giuseppe
Gualtieri Giancarlo	Mazzuco Stefano	Posillipo Davide
Guarneri Antonella	McDonald Peter	Potosì
Iaccarino Claudia	Meggiolaro Silvia	Prati Sabrina
Iacus Stefano	Mejri Ouejdane	Prencipe Lorenzo
Impicciatore Roberto*	Mencarini Letizia*	Prozato Chiara
Innocenti Riccardo	Menniti Adele	Quadrelli Federico
Ioratti Chiara	Menonna Alessio	Quaranta Giulia
Jappelli Tullio	Meroni Elena	Racioppi Filomena
Jenkins Stephen P.	Miccinesi Guido	Rapallini Chiara
Klüsener Sebastian	Micklewright John	Ravagli Letizia
La Barbera Maria Caterina	Migheli Matteo	Recchi Ettore
Lariccia Francesca	Mirabelli Simone Maria	Reginato Mauro
Lasagni Andrea	Miranda Eloisa	Régnier-Loilier Arnaud
Lee Ronald	Mocetti Sauro	Resta Federica
Livi Bacci Massimo*	Modena Francesca	Rhus Martin
Loghi Marzia	Molina Stefano*	Ricciardo Lamonica Giuseppe
	Mottana Annibale	Rimoldi Stefania
	Mottura Giulia	

Rinesi Francesca
 Rivellini Giulia
 Rosina Alessandro*
 Rosolia Alfonso
 Rossi Fiorenzo
 Rosti Luisa
 Rottino Fabio
 Massimo
 S. Morgan Steve
 Sabatini Fabio
 Sacchi Eva
 Sacco Giuseppina
 Salaris Luisa
 Salerno Nicola
 Salvini Silvana
 Santarelli Elisabetta
 Santini Antonio
 Saraceno Chiara
 Sbrana Giacomo
 Schirone Dario
 Sciclone Nicola
 Scrutinio Vincenzo
 Sebastiani Maria
 Rita
 Segre Anna
 Segre Elisabetta
 Segreto Luciano
 Serret Sanahuja
 Joana
 Servodio Gianfranco
 Shani Aferdite
 Sigle-Rushton Wendy
 Silvestrini Angela
 Silvia Andreozzi
 Sironi Emiliano
 Sironi Maria
 Solesin Vakeria
 Sorrenti Giuseppe
 Sorvillo Maria Pia
 Spinelli Angela
 Spizzichino Daniele
 Stranges Manuela
 Strozza Massimo
 Strozza Salvatore

Strozza Sergio
 Stuppini Andrea
 Tabacco Maura
 Tanturri Maria
 Letizia*
 Tasselli Chiara*
 Tassinari Giorgio
 Temple Jeromey
 Temporin Filippo
 Terra Abrami Valerio
 Terzera Laura
 Tesauro Tiziana
 Testa Maria Rita
 Thévenon Olivier
 Tibaldi Mauro
 Tocchioni Valentina
 Torrini Roberto
 Torrioni Paola
 Trimarchi Alessandra
 Trivellato Ugo
 Tuorto Dario
 Utomo Ariane
 Vaini Erica
 Valente Paolo
 Valentini Alessandro
 Valzania Andrea
 Vannacci Matteo
 Vazquez Daniele
 Vergolini Loris
 Vesci Pietro
 Vezzuto Diego
 Vignoli Daniele
 Vitaletti Silvano
 Vitali Agnese
 Viviano Eliana
 Zagaglia Barbara
 Zanini Nadir
 Zannella Laura
 Zannella Marina
 Zarulli Virginia
 Zindato Donatella

E con i contributi
della Redazione:

Barack Obama
 sull'immigrazione
 (discorso
 all'American
 University di
 Washington,
 1.7.2010)
 Benedetto XVI e
 l'Enciclica Caritas in
 Veritate
 La Lezione Onorato
 Castellino tenuta da
 Mario Draghi

* Soci fondatori
 dell'Associazione
 Neodemos