

inoltre opportuno definire modalità di qualificazione delle strutture ospedaliere utili a preventivamente individuare i poli che per dotazioni strumentali, tecnologiche e professionali possano rappresentare le sedi privilegiate di ricerca e sviluppo di metodiche innovative, in questo modo evitando la “polverizzazione” di esperienze e competenze che non fa altro che determinare, oltre che maggiori costi derivanti dalla non applicabilità di economie di scala, soprattutto una non adeguata acquisitiva delle esperienze e abilità necessarie a “consolidare” in pratica “ordinaria” le precedenti fasi di implementazione, ricerca e sviluppo.

2.4. Sistemi tariffari

L'applicazione del sistema tariffario riferito alle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale deve rappresentare un obiettivo strategico immediato da parte di tutte le Regioni: tutta la produzione erogata da parte delle strutture di ricovero e cura accreditate, pubbliche e private, deve essere valorizzata, applicando alla stessa le tariffe in vigore sul territorio regionale. Nel valorizzare l'attività dei singoli presidi ospedalieri, o articolazioni organizzative degli stessi, le Regioni potranno utilizzare metodologie “a budget” complessivi, purché siano chiari e trasparenti i criteri – e la loro applicazione – attraverso cui vengono attribuite risorse aggiuntive per funzioni cosiddette non tariffabili (partecipazione alla rete dell'emergenza-urgenza, didattica, ricerca, centri di riferimento ecc.). In realtà, anche recenti ricerche dimostrano come la remunerazione a tariffa/DRG sia quantitativamente e qualitativamente di scarsa applicazione in molte Regioni italiane, con il risultato che non esistono dati economici affidabili di valutazione delle strutture ospedaliere. Costituisce obiettivo del sistema quello di pervenire entro tempi rapidi alla generalizzazione dell'uso del sistema tariffario, anche per presidi ospedalieri pubblici delle Aziende Sanitarie territoriali non remunerati a tariffe, per la valorizzazione della produzione di presidio e quindi

la diffusione di sistemi gestionali budgetari, al fine di responsabilizzare le direzioni tecnico-professionali, introdurre sistemi capillari di sistemi di gestione, realizzare i principi di un reale Governo Clinico. Per raggiungere detto scopo, parallelamente al processo di valorizzazione tariffaria delle prestazioni di ricovero, le Regioni dovranno impegnarsi al completamento del processo di effettiva adozione e operatività in ogni Azienda Sanitaria di un completo sistema di contabilità analitica per centri di costo. Tale obiettivo va perseguito e deve costituire adempimento specifico nel contesto della valutazione dell'erogazione dei LEA.

2.5. Valutazione dei processi e dei risultati

Al fine di attuare, monitorare e valutare i processi di razionalizzazione delle reti regionali ospedaliere, il Ministero e le Regioni si impegnano a individuare strumenti efficaci di valutazione delle linee operative messe in atto, dei risultati raggiunti in termini di risorse impiegate ed esiti perseguiti in termini di risposta ai bisogni, appropriatezza clinica e organizzativa, soddisfazione dei cittadini. La definizione di tali strumenti e l'individuazione, tra i soggetti della governante nazionale del sistema (Agenzie, Istituti e altro), della titolarità della funzione renderanno possibile attuare utili confronti di esperienze e risultati, al fine di rendere patrimonio comune e generalizzare le pratiche verificate come virtuose e corrispondenti alle tendenze di sviluppo dei sistemi sanitari a livello nazionale e internazionale. A questo fine sarà anche necessario sperimentare l'individuazione di strumenti di classificazione innovativi dell'attività che consentano la valutazione contestuale e unitaria del valore finanziario della produzione nelle diverse forme di erogazione (ricovero ordinario, day-hospital, riabilitazione), nonché la complessità e appropriatezza della stessa.

Quali elementi di valutazione delle strutture in termini sia organizzativi sia econo-

mico-gestionali sarebbe inoltre opportuno favorire nelle Aziende Sanitarie l'implementazione del Sistema di gestione per la qualità oltre che processi di certificazione dei bilanci. Sia nel primo (qualità) sia nel secondo caso (bilancio) l'elemento qualifi-

cante l'intervento non deve essere ricercato nella mera "certificazione" parte di un oggetto terzo, bensì nella reale implementazione e quotidiana applicazione di modelli e regole verificati, approvati e universalmente condivisi.

3

Valutazione dei costi standard dei Livelli Essenziali di Assistenza

La Legge 42 del 5 maggio 2009, in materia di federalismo fiscale, individua ampi spazi alle amministrazioni locali di autodeterminarsi, per rispondere nella maniera più appropriata alla domanda della loro popolazione di riferimento; il contesto normativo delineatosi conferma, comunque, in capo allo Stato, la competenza esclusiva del medesimo in materia di:

- coordinamento della finanza pubblica;
- determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- principio della responsabilità circa i comportamenti di spesa dei diversi livelli di governo, statale e regionale (“chi rompe paga”).

Pertanto, resta fondamentale che il Ministero si adoperi per adottare tutte le possibili iniziative atte a garantire progressivi miglioramenti dei processi informativi, di programmazione e di controllo rispetto all'attuale quadro normativo.

È evidente come tale esigenza sia ancora più sentita in un settore come quello sanitario, in cui i servizi resi sono quelli posti a tutela della salute della collettività.

In tale contesto, di un sistema pubblico in via di decentramento, si deve quindi porre grande attenzione alla fase di rendicontazione e di confronto delle performance conseguite dai diversi istituti che lo compongono. All'aumentare dell'autonomia istituzionale e gestionale, deve aumentare, pertanto, anche la responsabilità, intesa anche come obbligo di sottoporre ai portatori di interesse (contribuenti, utenti, creditori ecc.) documenti contabili e gestionali che offrano una rappresentazione “veritiera e corretta” della situazione aziendale non solo in sé, ma anche in quanto confrontabile nello spazio e nel tempo.

In tale contesto, diventa cruciale l'esigenza di

misurare in maniera trasparente e attendibile sia l'assistenza sanitaria prestata (dati gestionali), sia le risorse finanziarie utilizzate (dati economici, patrimoniali e finanziari).

La certificazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie, di quello dell’“accentrata regionale” e del relativo “consolidato” ha l'obiettivo di dare trasparenza e certezza ai costi e agli investimenti relativi alla gestione delle attività sanitarie regionali e alle risorse finanziarie utilizzate.

La complessità del processo è legata, soprattutto, alla progettazione e allo sviluppo, che non può dirsi ancora ultimato, di questa nuova architettura contabile (aziende, accentrata, entità consolidante), alla definizione delle regole attuative (principi contabili di dettaglio e casistica, principi di controllo interno, di revisione ecc.), alla capacità di supportarne e monitorarne l'implementazione, a quella di adeguarne alcuni contenuti, in relazione all'avanzamento dell'implementazione stessa e alle difficoltà incontrate dalle Regioni e dalle Aziende.

Il potere attribuito dal legislatore al Ministro della Salute e dell'Economia e delle Finanze di emanare un decreto in materia di certificabilità dei bilanci sanitari trova il suo fondamento giuridico per rispondere proprio a tale esigenza.

La sfida è appunto quella di iniziare un cammino di revisione dell'attuale organizzazione dell'offerta sanitaria, superando l'autoreferenzialità e valorizzando le *best practice* e le esperienze di maggiore successo. I numeri rappresentano allora le migliori evidenze da utilizzare per guidare i processi decisionali degli amministratori pubblici.

I costi e i fabbisogni standard, così come previsti dall'attuale impianto normativo previsto dal D.Lgs. 68 del 6 maggio 2011, recante “Disposizioni in materia di auton-

mia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, costituiscono “il riferimento cui rapportare progressivamente nella fase transitoria, e successivamente a regime, il finanziamento integrale della spesa sanitaria, nel rispetto della programmazione nazionale e dei vincoli di finanza pubblica” (art. 25, comma 3).

Gli elementi cardine alla base del D.Lgs. 68/2011 sono i seguenti:

- il totale delle risorse dedicabili ai LEA riflettono una scelta politica e di programmazione di politica economica, coerente con il quadro macroeconomico complessivo del Paese e con gli impegni assunti dall'Italia in sede comunitaria (art. 25, comma 2);
- i costi standard non fanno riferimento a singole classi di prestazioni (costo in euro di un processo produttivo virtuale, in condizioni di ideale efficienza), ma a un aggregato di prestazioni rese all'interno di ciascuno dei tre macrolivelli: 1) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di lavoro, 2) assistenza distrettuale e 3) assistenza ospedaliera, tutti e tre definiti in sede di programmazione nazionale (art. 27, comma 3);
- le risorse programmate devono, a livello nazionale e in prospettiva in ogni singola Regione, ripartirsi, secondo percentuali date fra i tre macrolivelli: 5% per l'assistenza collettiva; 51% per l'assistenza distrettuale; 44% per l'assistenza ospedaliera, in quanto parametri di riferimento per un'allocazione ottimale delle risorse cui devono tendere le Regioni per erogare correttamente la funzione sanitaria (art. 27, comma 3);
- una volta definita la ripartizione per macrolivelli si individua il costo standard (ovvero fabbisogno standard), a livello regionale, per ciascun macrolivello, prendendo a riferimento i valori procapite pesati per fascia di età, calcolati come media della spesa procapite pesata per fascia di età, registrata nelle Regioni *benchmark* (art. 27, comma 6, 8 e 9).

Dal 2013, le Regioni *benchmark* saranno

individuare, secondo quanto disposto dal medesimo decreto legislativo, in base a criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza, nonché sulla base dei risultati di gestione registrati il secondo anno precedente a quello di riferimento. Pertanto, per esempio, per l'anno 2013 i dati per l'individuazione delle Regioni *benchmark* saranno quelli dell'anno 2011 e il costo medio procapite pesato sulla base del quale individuare le Regioni *benchmark* prenderà a riferimento i pesi per classi di età individuati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativo al 2011. Ne consegue che la pesatura della popolazione inserita nella proposta di riparto 2011, costituisce – allo stato attuale – un importante elemento di dibattito in sede regionale.

I criteri di pesatura della quota capitaria, in base ai quali suddividere le risorse destinate alla sanità pubblica, sono oggetto di discussione in molti Paesi avanzati. Si utilizzano e si sono proposti l'età, la disabilità, la mortalità e anche l'indice di deprivazione, ma proprio per quest'ultimo ci sono dati controversi sull'associazione di questo criterio a un aumento dell'incidenza di alcune patologie.

Nel corso del corrente anno 2011 le Regioni stanno incontrando molte difficoltà per raggiungere un accordo condiviso tra loro, dal momento che per la prima volta alcune di loro avrebbero voluto inserire i cosiddetti “indici di deprivazione” che tenessero conto delle condizioni socioeconomiche in cui versano i propri cittadini. Tali indici – secondo alcune Regioni – avrebbero dovuto servire per rinforzare le proprietà redistributive del riparto da utilizzarsi per correggere e ponderare diversamente la popolazione rispetto alla pesatura finora applicata e basata esclusivamente sui dati di consumo ospedaliero e ambulatoriale desunti dal Nuovo Sistema Informativo del Ministero della Salute (NSIS). Ne è conseguito un ampio dibattito, dal quale è emerso che gli indicatori di deprivazioni sono ancora opinabili (livello d'istruzione, condizioni reddituali) e che attengono più alla sfera sociale che non sanitaria. In ogni ca-

so, è ancora priva di fondamento scientifico la stretta relazione che si vuole ricondurre a essi: più povertà ⇒ peggiore stato salute ⇒ maggiore bisogno sanitario ⇒ maggiore risorse da assegnare.

Il recente studio commissionato dalle Regioni all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AgeNaS) associa, poi, questo indice alla presenza di malattie quali broncopneumopatie, scompenso cardiaco, disturbi psicologici e diabete: patologie che devono essere trattate sul territorio e non a livello ospedaliero. Poiché Regioni con alto indice di privazione hanno anche in genere un'alta inappropriatazza di ricoveri ospedalieri in assenza di dati territoriali, utilizzare oggi l'indice di privazione comporterebbe il rischio di premiare proprio l'inappropriatazza.

Peraltro, in sede di acquisizione dell'Intesa Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 sullo schema di decreto legislativo in materia di "...determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario", le Regioni hanno emendato il testo dell'art. 22, comma 6, di detto schema sopprimendo la lettera e), che prevedeva tra l'altro che l'applicazione del costo standard, a livello regionale per la propria popolazione pesata, avvenisse secondo criteri fissati in Conferenza Stato-Regioni, tenendo conto anche di "indicatori relativi a particolari situazioni territoriali, ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari".

Ne consegue che la scelta di introdurre, già da adesso, nel riparto delle risorse destinate al finanziamento del SSN, gli indicatori di privazione, quali fattori correttivi del peso per singola fascia di età, non appare affatto condivisa neanche dalle Regioni. In futuro, si potrebbero prevedere altri fattori correttivi, come per esempio la ponderazione sulla base della prevalenza della malattia, eventualmente corretta per l'età della popolazione. Tuttavia, per rendere applicabile tale criterio di parametrizzazione del riparto è necessario disporre nella banca dati del NSIS del Ministero della Salute di maggiori rilevazioni riferite alle prestazioni sanitarie rese sul territorio.

Il testo attuale del D.Lgs. 68/2011 prevede,

poi, all'art. 28 che: "In sede di attuazione dell'art. 119, quinto comma, della Costituzione, nel rispetto dei principi stabiliti dalla citata Legge 42 del 2009, sono previsti specifici interventi idonei a rimuovere carenze strutturali presenti in alcune aree territoriali e atte a incidere sui costi delle prestazioni. Le carenze strutturali sono individuate sulla base di specifici indicatori socioeconomici e ambientali, tenendo conto della complementarietà con gli interventi straordinari di edilizia sanitaria previsti dall'art. 20 della Legge 67 dell'11 marzo 1988". Sarà quindi necessario rinviare alla fase attuativa del decreto sui fabbisogni standard l'individuazione di meccanismi di pesatura diversi da quelli attualmente utilizzati.

In conclusione, va evidenziato che l'obiettivo di portare a termine il processo di certificazione deve restare imprescindibile. Solo partendo da costi certi è possibile individuare costi standard attendibili, qualunque sia la metodologia adottata per calcolarli. L'individuazione di tali costi è considerata essenziale in un sistema pubblico in via di sempre maggiore decentramento (federalismo fiscale) e in presenza di meccanismi perequativi fra Regioni. Ed è sempre solo partendo da costi certi che è possibile calcolare in maniera attendibile misure di efficienza nell'erogazione dei servizi.

Il tutto richiede che, nelle singole Regioni e nelle singole Aziende Sanitarie siano implementati sistemi di controllo di gestione e di contabilità analitica e sia colmata ogni eventuale carenza di dati sui flussi di produzione e sui sistemi gestionali. Allorché sarà disponibile una periodicità sistematica di ricezione dei dati relativi a tali indicatori, potrà essere rimodulata, con maggiore dettaglio, la definizione dei costi standard per singole aree prestazionali e potrà essere perfezionata la costruzione del fabbisogno sanitario regionale standard, nel rispetto del livello di fabbisogno standard nazionale: anche l'art. 29 del decreto legislativo in materia di costi standard stabilisce, del resto, che: "Al fine di garantire continuità ed efficacia al processo di efficientamento dei servizi sanitari regionali, i criteri di cui al

comma 27 possono essere rideterminati previa Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, comunque nel rispetto del livello di fabbisogno standard nazionale come definito all'art. 26".

Nel frattempo, le risultanze delle valutazioni che emergono in sede di monitoraggio, verifica degli adempimenti LEA e sistemi di misurazione delle performance messi in campo dal Ministero della Salute, costituiscono strumenti di supporto alla programmazione regionale e alle azioni di affiancamento del Ministero medesimo, anche in collaborazione con gli Enti di supporto, Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e AgeNaS, al fine di garantire l'uniformità dell'erogazione dei servizi sanitari.

Ciò sarà tanto più necessario dal momento che l'applicazione del disposto di cui all'art. 27 del D.Lgs. 68/2011 comporterà che la determinazione dei fabbisogni sanitari standard regionali, sulla base delle spese procapite per fasce di età delle Regioni *bench-*

mark, farà emergere, in alcune realtà, scostamenti significativi tra quella che dovrebbe essere la spesa sanitaria efficiente e la spesa a consuntivo. Tale conseguenza è logica se si pensa, infatti, che le Regioni più inefficienti e meno performanti, in materia di erogazione dei LEA, sono quelle che, nel tempo, sono andate accumulando deficit di bilancio sanitario e che anche oggi giorno mostrano gli scarti maggiori tra risorse programmate *ex-ante* a finanziamento dei LEA e corrispondente spesa a consuntivo.

Pertanto, è ovvio che per garantire la sostenibilità del sistema occorrerà accompagnare le misure di determinazione del costo standard con manovre strutturali e di recupero dell'efficienza, soprattutto nelle realtà dove si registrano cospicui disavanzi. Solo in questo modo si potrà ottenere che le risorse messe a disposizione dallo Stato restino vincolate ai fondamentali obiettivi di miglioramento del SSN, individuati congiuntamente dallo Stato e dalle Regioni.

4

Dalla continuità assistenziale all'assistenza h 24

4.1. Introduzione

I mutamenti demografici e sociali in corso, come l'invecchiamento della popolazione, l'incremento dell'incidenza di malattie croniche e degenerative, della comorbidità e della non autosufficienza, il cambiamento della struttura della famiglia e, in generale, una migliore aspettativa di vita, stanno sempre più chiedendo, da una parte, il superamento della visione ospedale-centrica dei servizi sanitari che ha caratterizzato il 20° secolo e, dall'altra, uno spostamento della risposta sanitaria da parte del territorio inducendo a ripensare le strategie soprattutto in merito alla gestione della cronicità e alla prevenzione della disabilità. Tale cambiamento comporta, inoltre, il passaggio da un approccio esclusivamente d'organo a una visione olistica, il passaggio dalla cura della malattia al prendersi carico della persona nella sua interezza con la consapevolezza che per risultare efficace un intervento sanitario necessita di un'adeguata continuità di risposta sul territorio. Ne deriva l'esigenza di definire nuovi percorsi assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare e interdisciplinare che consenta di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali e ospedaliere per una presa in carico "globale" della persona e della sua famiglia.

La continuità assistenziale può essere pertanto definita come la successione, senza interruzioni, di percorsi, prestazioni e processi assistenziali di tipo preventivo, curativo e riabilitativo. Non è più il cittadino a rincorrere i servizi e i professionisti, bensì questi a doversi coordinare per fornire la migliore assistenza possibile. L'obiettivo è ridurre la frammentazione nell'erogazione

dell'assistenza, attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità delle cure all'interno e tra le diverse istituzioni coinvolte nell'assistenza ai pazienti con problemi complessi. Il modello assistenziale orientato alla continuità delle cure prevede, pertanto, la presa in carico costante nel tempo da parte di un team avente competenze sanitarie diversificate, nonché il monitoraggio mediante adeguati strumenti di valutazione e di appropriatezza delle fasi di passaggio tra i vari setting assistenziali. Ciò richiede l'impegno delle istituzioni per favorire la costruzione di una rete integrata tra i servizi sanitari e il coordinamento dei diversi attori coinvolti, principalmente al fine di mantenere una visione d'insieme e far sì che il cittadino nel suo percorso possa avere un riferimento costante e sicuro.

I principali obiettivi del SSN necessari per implementare la rete assistenziale territoriale e integrarla con la componente ospedaliera sono costituiti dal cambiamento del ruolo dell'ospedale, che, in tale ottica, diviene sempre più specializzato e tecnologicamente attrezzato per la cura delle malattie acute, e da una rimodulazione dell'assistenza primaria, anche con l'individuazione di nuovi modelli assistenziali, come la cosiddetta "medicina d'iniziativa", che, attraverso il coinvolgimento attivo dei cittadini negli obiettivi di salute e nei percorsi di cura e assistenza nonché attraverso una comunicazione/informazione chiara, semplice e trasparente sia tra cittadini e operatori sia tra operatori stessi, consentono il perseguimento sia della "promozione attiva" della salute, sia del miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio.

Fra gli strumenti per realizzare l'integrazione tra i servizi e i professionisti e garantire la

continuità delle cure si possono individuare:

- i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA);
- le reti cliniche integrate per la gestione della cronicità (diabete, insufficienza respiratoria);
- le modalità finalizzate a evitare il ricovero ospedaliero o a raccogliere il paziente a domicilio all'atto della dimissione (assistenza domiciliare e domiciliare integrata);
- le “cure intermedie”, garantite da strutture sanitarie residenziali con basso profilo tecnologico, a valenza sanitaria e contenuto assistenziale modulare finalizzate ad assicurare risposte adeguate, efficaci e integrate, in particolare nei confronti di bisogni complessi quali quelli di pazienti fragili;
- il sistema di reti informatiche che realizzi una concreta ed efficiente modalità di comunicazione fra servizi, operatori e professionisti.

In tale gestione integrata, soprattutto delle cronicità, il medico di medicina generale (MMG) è il principale referente e responsabile della presa in carico e del percorso diagnostico-terapeutico più appropriato per il paziente stesso anche nella previsione di un'organizzazione territoriale che contempli la possibilità di disporre di posti letto territoriali e/o servizi residenziali all'interno di apposite strutture di cure intermedie. Obiettivo del SSN è dunque l'implementazione della rete assistenziale definendone i nodi e le interrelazioni funzionali in un sistema gestionale e relazionale tra professionisti, che pur basandosi sul lavoro in team sappia identificare con chiarezza, responsabilità e procedure per la definizione e l'effettuazione del percorso assistenziale. Ciò può essere perseguito attraverso la riorganizzazione, in una visione di insieme, delle tre reti (Emergenza, Ospedali, Territorio) nel rispetto degli indirizzi generali normativi e delle peculiarità specifiche del territorio dove vengono inserite. Nell'ottica dell'implementazione della continuità assistenziale, l'impegno delle istituzioni si è manifestato anche attraverso l'individuazione di fondi dedicati alla presen-

tazione di specifici progetti regionali in attuazione agli indirizzi programmatori di Piano Sanitario Nazionale (PSN 2006-2008 e PSN 2011-2013) e Linee guida sull'assistenza sanitaria h 24 che hanno previsto modelli organizzativi, ospedalieri e territoriali. Notevole impulso è stato dato anche allo sviluppo di modelli organizzativi dell'assistenza primaria, tra i quali le forme associative della medicina generale, le Unità Territoriali per l'Assistenza Primaria (UTAP), la Casa della Salute, le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

Si richiamano di seguito i contenuti degli Accordi Collettivi Nazionali per la medicina generale:

- *Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29 luglio 2009*, prevede che la continuità assistenziale può essere svolta in modo funzionale, nell'ambito delle équipe territoriali, secondo un sistema di disponibilità domiciliare o in modo strutturato, in sedi territoriali adeguatamente attrezzate, sulla base di apposite determinazioni assunte nell'ambito degli accordi regionali. Prevede altresì che, al fine di espletare i suoi compiti e funzioni, il medico svolga la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di MMG e opera all'interno di una specifica UCCP, quando attivata, che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali;
- *Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 8 luglio 2010*, fornisce indicazioni per il processo di consolidamento delle strutture organizzative istituite con il precedente Accordo attraverso la definizione dei “referenti unici” deputati a svolgere nell'ambito UCCP il compito di raccordo con l'Azienda Sanitaria oltre a quello di rappresentare la stessa UCCP. Prevede, inoltre, l'assunzione, tra i compiti del medico, dell'obbligo di trasmettere e rendere disponibile, tramite la rete informatica predisposta dalla Regione, i dati relativi al “*patient summary*”, quale strumento di riepilogo informativo sintetico del profilo sanitario di ciascun assistito in carico.

4.2. Presentazione e discussione dei dati

La continuità delle cure, nel periodo considerato, è stata garantita attraverso diverse modalità erogative quali il Servizio di Continuità Assistenziale (ex guardia medica), l'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale, l'Assistenza Domiciliare Integrata.

Il Servizio di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) garantisce la continuità delle cure per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, assicurando interventi domiciliari e territoriali per le urgenze notturne festive e prefestive. Tale forma assistenziale è organizzata nell'ambito della programmazione regionale per rispondere alle diverse esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche. Nel 2009 sono stati rilevati in Italia 2.954 punti di guardia medica, con 12.359 medici titolari, ovvero 21 medici ogni 100.000 abitanti, con una riduzione del 5,5% rispetto al 2008. A livello territoriale si registra una realtà notevolmente diversificata sia per quanto riguarda la densità dei punti di guardia medica, sia per quanto concerne il numero dei medici titolari per ogni 100.000 abitanti.

Relativamente alle strutture di "cure intermedie" territoriali, nel 2009 sono stati censiti circa 246.977 posti riferiti a strutture residenziali (201.426 posti) e semiresidenziali (45.551). Di questi, circa il 71,0% è stato dedicato all'assistenza agli anziani, circa il 13,0% all'assistenza psichiatrica, circa il 7% all'assistenza ai disabili psichici, circa l'8,5% all'assistenza ai disabili fisici e lo 0,5% ai pazienti terminali. Confrontando questi dati con quelli del 2007 non si rilevano variazioni numeriche significative. La continuità delle cure è garantita anche attraverso il contributo degli Istituti e Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale con l'erogazione, in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extra-murale e domiciliare, di prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative. Nel 2009 sono state rilevate 968 strutture riabilitative con 14.679 posti per l'attività di tipo residenziale e 13.871 per l'attività di tipo semiresidenziale (*Tabella 4.1*).

Tali strutture riabilitative hanno impiegato, nello stesso anno, circa 46.000 unità di personale, di cui circa il 10% costituito da medici e circa il 42% da terapisti e logopedisti. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che si realizza tramite l'erogazione coordinata e continuativa di una somma di prestazioni fra loro integrate sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali, nel 2009 è stata garantita a 526.568 persone, con una media nazionale di 877 ogni 100.000 abitanti. L'84,0% di questi è rappresentato da anziani e il 9,4% da malati terminali. Confrontando questi dati con quelli del 2007 si nota un decisivo aumento del numero delle persone prese in carico con questa modalità assistenziale, poiché si è passati dai 474.562 casi del 2007 ai 526.568 casi del 2009, con un incremento di circa il 10% dovuto in gran parte al processo di riorganizzazione delle cure primarie attualmente in atto nel nostro Paese.

Inoltre, sotto la spinta di nuove esigenze di monitoraggio su tale tematica, sia a livello regionale sia a livello nazionale, il Ministero della Salute ha istituito nell'ambito NSIS, con il DM 17 dicembre 2008, la rilevazione delle informazioni relative alle prestazioni erogate sia nell'ambito dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale sia nell'ambito dell'ADI attualmente in corso.

4.3. Indicazioni per la programmazione

Nel nostro Paese, mentre i principi generali del riordino della rete ospedaliera sono ormai ben delineati, molto rimane ancora da realizzare nell'ambito dell'assistenza territoriale, soprattutto nel delicato confine fra Ospedale e Territorio. Infatti, spesso, l'Ospedale e il Pronto Soccorso rappresentano i principali punti di riferimento cui il cittadino si rivolge per trovare risposte veloci ai propri bisogni di salute sia sotto la spinta della percezione di una maggiore tutela offerta da modelli assistenziali ad alta tecnologia sia per l'assenza di risposte alternative

Tabella 4.1. Istituti o centri di riabilitazione (Anno 2009)

Regione	Istituti rilevati			Posti					
				Assistenza residenziale			Assistenza semiresidenziale		
	Pubblici	Privati accreditati	Totale	Pubblici	Privati accreditati	Totale	Pubblici	Privati accreditati	Totale
Piemonte		8	8		186	186		40	40
Lombardia	10	72	82	1.425	2.287	3.712	182	1.212	1.394
PA di Bolzano		1	1		106	106		4	4
PA di Trento	1	5	6		81	81		14	14
Veneto		16	16		174	174		507	507
Friuli Venezia Giulia		8	8		72	72		371	371
Liguria	4	23	27	80	394	474	104	187	291
Emilia Romagna		3	3		178	178		4	4
Toscana	98	48	146	215	826	1.041	123	836	959
Umbria		7	7		170	170		151	151
Marche	2	21	23		741	741	15	172	187
Lazio	5	75	80	161	1.693	1.854	67	2.360	2.427
Abruzzo	3	51	54		958	958		775	775
Molise		15	15		273	273		90	90
Campania	6	143	149	12	1.289	1.301		3.154	3.154
Puglia	72	35	107		1.110	1.110	77	661	738
Basilicata	2	11	13		451	451		215	215
Calabria	4	20	24	30	411	441		205	205
Sicilia	5	94	99		742	742		1.578	1.578
Sardegna	22	78	100	20	594	614		767	767
Italia	234	734	968	1.943	12.736	14.679	568	13.303	13.871

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo – Ufficio di Statistica.

efficaci da parte delle strutture territoriali. Tale fenomeno, che si rileva anche per i servizi cui il cittadino accede telefonicamente (numero 118), determina un ricorso improprio a strutture e servizi che devono essere riservati alle situazioni o condizioni di reale emergenza.

Si rende necessario, quindi, sviluppare nuovi percorsi organizzativi integrati con l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri, razionalizzare le risorse presenti sul territorio e rispondere con maggiore efficacia al bisogno di salute della popolazione. A tal fine può risultare utile:

- realizzare interventi di razionalizzazione della rete dell'emergenza-urgenza integrandola con quella di assistenza territoriale al fine di superare la frammenta-

rietà degli interventi, produrre una più elevata qualità e anche per liberare importanti risorse da impiegare per il potenziamento del sistema a livello territoriale;

- potenziare lo sviluppo di modelli organizzativi assistenziali diversificati, adattabili ai diversi contesti territoriali, in grado di fornire risposte adeguate ai bisogni del cittadino sin dalla fase di accesso telefonico ai servizi sanitari, assicurando una presa in carico continuativa dal momento della chiamata, nelle 24 ore per 7 giorni alla settimana;
- favorire il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie a livello territoriale nell'ambito del Distretto al quale sono altresì affidati

i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie fra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie;

- favorire modalità organizzative atte a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, quali il Punto Unitario di accesso (PUA), che attraverso la raccolta di segnalazione, orientamento e gestione della domanda possano migliorare la collaborazione e il coordinamento tra le diverse componenti impegnate nel percorso di cura, al fine di garantirne l'unitarietà dell'assistenza;
- favorire modalità organizzative in grado di garantire la continuità delle cure agli assistiti che vengono dimessi dall'ospedale e presi in carico sul territorio attraverso un'attività di valutazione multidimensionale che, in accordo con il MMG

e durante il ricovero stesso, consenta l'individuazione del percorso assistenziale più idoneo per l'assistito compatibilmente con la rete dei servizi sociali e distrettuali esistente;

- favorire modalità organizzative in grado di potenziare e uniformare l'integrazione con personale e/o mezzi, del volontariato presenti nelle Regioni;
- potenziare lo sviluppo delle tecnologie innovative, tra le quali la telemedicina, la teleassistenza e più in generale l'ICT (*Information and Communication Technologies*) per la gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza, al fine di garantire la realizzazione di modalità operative a rete tra i vari attori istituzionali e non deputati alla presa in carico globale della persona fragile (Aziende Sanitarie Locali, Ospedali, Distretti, Residenze Sanitarie Assistenziali, Comuni, Associazioni di Volontariato).

5

Formazione specifica in medicina generale

A partire dal 1986, con l'emanazione della Direttiva 86/547 CEE, le norme comunitarie che disciplinano la libera circolazione dei professionisti sanitari all'interno dell'Unione Europea (UE) sanciscono l'obbligo, per gli Stati membri, di prevedere l'istituzione di un corso di formazione specifica in medicina generale.

Tali disposizioni hanno sempre trovato conferma nelle successive norme e in ultimo nella Direttiva 2005/36 CE.

Dette previsioni scaturiscono dalla considerazione che il modello tecnologico e scientifico della medicina moderna si caratterizza per l'inevitabile frammentazione e parcelizzazione del sapere e dell'agire specialistico e che in tale contesto la medicina generale si pone, invece, come disciplina autonoma, in grado di garantire e mantenere nel tempo una visione integrata e olistica dei problemi, centrata sulla persona e sul processo di cura, non soltanto sulla malattia.

La medicina generale ha pertanto caratteristiche sue proprie in quanto essa:

- si fonda su un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla comunità di appartenenza;
- si fonda su una relazione individuale, che si sviluppa nel tempo attraverso una comunicazione efficace tra medico e paziente;
- garantisce la continuità longitudinale delle cure;
- utilizza uno specifico processo decisionale condizionato dalle modalità di presentazione dei problemi e dal loro contesto specifico in cui sono affrontati;
- tratta i problemi di salute nello loro dimensioni fisiche, psicologiche, sociali.

La professione del medico generalista prevede quindi funzioni, attività e compiti de-

finiti da conoscenze, abilità e capacità relazionali peculiari e specifiche, che derivano dalle caratteristiche della disciplina.

La medicina generale è inoltre il primo contatto nell'ambito del sistema sanitario, fornendo accesso libero ai suoi utenti e trattando tutti i problemi di salute indipendentemente da età, sesso o da qualsiasi altra caratteristica dell'individuo.

Con riguardo al SSN è, quindi, fin troppo evidente il ruolo chiave e centrale delle cure primarie, che vedono il MMG attore principale del governo della domanda e dei successivi percorsi sanitari.

Ciò presuppone da parte del MMG l'acquisizione di peculiari capacità, competenze e conoscenze non solo cliniche, ma anche relazionali.

Sin dall'emanazione del D.Lgs. 256 dell'8 agosto 1991, di recepimento della sopracitata Direttiva comunitaria 86/547 CEE, il legislatore nazionale ha posto in capo alle Regioni e PA la competenza in materia di attivazione, organizzazione e gestione dei corsi di formazione specifica in medicina generale, fermo restando l'obbligo del rispetto delle prescrizioni sancite in ambito comunitario e recepite nell'ordinamento interno, con particolare riguardo:

- alla durata triennale della formazione;
- all'obbligo che la stessa sia più pratica che teorica;
- all'obbligo che essa si svolga a tempo pieno, con la partecipazione dei discenti a tutte le attività e graduale assunzione di responsabilità.

Come si è già avuto modo di rappresentare in altre sedi, a più di venti anni di distanza dall'attivazione del primo corso di formazione specifica in medicina generale, in considerazione dell'autonomia regionale si è realizzato sul territorio nazionale uno svi-

luppo oltremodo variegato dell'offerta formativa, sia sul piano delle attività teorico-pratiche, sia sul piano dei programmi e degli obiettivi didattici.

Tuttavia, questa ampia variabilità regionale non risponde pienamente – in termini di contenuti e obiettivi formativi – a criteri di omogeneità e, conseguentemente, determina la mancata realizzazione della garanzia di “livelli uniformi di assistenza” su tutto il territorio nazionale.

A fronte di dette considerazioni, negli ultimi anni, si è presa inoltre coscienza del fatto che l'approccio globale e centrato sulla persona, tipico della medicina generale, non può essere patrimonio culturale solo di coloro i quali frequentano lo specifico corso post-laurea, ma deve entrare a far parte a pieno titolo del *core curriculum* di tutti i medici, tramite l'insegnamento della medicina generale nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

Il riconoscimento del ruolo strategico del MMG e della medicina del territorio – su cui peraltro trova fondamento il forte interesse del Ministero della Salute nello sviluppo culturale di detta professione – ha condotto, quindi, alla necessità di procedere a una riflessione sull'intera materia.

Un percorso di “manutenzione” avente a oggetto la formazione specifica in medicina generale deve comunque svilupparsi tramite un dibattito che vede coinvolti in prima persona tutti gli attori cui oggi è affidata tale formazione (Regioni e PA, Ordini professionali, Società scientifiche, Organizzazioni sindacali di categoria e Università).

Per tali finalità, a partire dal 2009 opera

presso questo Dicastero l'Osservatorio nazionale sulla formazione in medicina generale di cui fanno parte rappresentanti del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, delle Regioni e PA e della professione, con il compito di:

- fornire indicazioni sui contenuti relativi ai crediti formativi in medicina generale da acquisire durante il corso di laurea in Medicina e Chirurgia, fermo restando il rispetto dell'autonomia universitaria;
- definire gli obiettivi formativi dei corsi di formazione specifica in medicina generale, garantendone l'omogeneità sul territorio nazionale;
- definire modelli organizzativi condivisi e omogenei dei corsi di formazione specifica in medicina generale;
- definire i criteri di accreditamento dei MMG che svolgono funzioni di docenza e di tutor nell'insegnamento della medicina generale sia nell'ambito del corso di laurea in Medicina e Chirurgia sia nei corsi di formazione specifica.

Nel biennio 2009-2010 l'Osservatorio, previa una preliminare ricognizione delle diverse esperienze di insegnamento sia in ambito universitario sia in ambito regionale, ha avuto mandato di formulare, tramite la predisposizione di specifici documenti tecnici, proposte operative atte a superare le criticità attuali.

Detti documenti, che trattano specificamente i punti sopramenzionati, sono in fase di redazione finale. Essi dovranno, comunque, essere discussi con le Amministrazioni regionali e, ove condivisi, oggetto di specifico Accordo.

6

L'invecchiamento attivo

6.1. Introduzione

Il concetto di invecchiamento è un concetto multidimensionale, che comprende diverse dimensioni dell'individuo (individuale, biologica, psicologia, sociale e culturale) che interagiscono tra loro connotando la persona nella sua unicità e nel suo peculiare processo dell'invecchiare. Il gruppo delle persone anziane non è un gruppo omogeneo e le differenze individuali tendono ad aumentare con l'età.

Il concetto di invecchiamento attivo, elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), rimanda alla massima realizzazione delle potenzialità fisiche, mentali, sociali ed economiche delle persone anziane. Il termine "attivo" si riferisce all'effettiva partecipazione sociale, economica e culturale della persona anziana alla vita.

Un piano di indirizzo per un invecchiamento attivo si fonda sui principi delle Nazioni Unite per le persone più anziane (indipendenza, partecipazione, cura, autorealizzazione e dignità) e su tre pilastri:

- **partecipazione:** quando il mercato del lavoro, l'impiego, l'istruzione, la salute, le politiche sociali e i programmi supportano la piena partecipazione alle attività socioeconomiche, culturali e spirituali in accordo ai diritti umani, alle capacità, ai bisogni e alle preferenze, le persone anche in età avanzata continueranno a fornire un contributo attivo alla società sia nelle attività retribuite sia in quelle non retribuite;
- **salute:** l'obiettivo di prevenzione, gestione delle malattie croniche e trattamento delle patologie dovrebbe essere garantito dalle istituzioni deputate alla salute delle persone per garantire la continuità delle cure nel tempo e nei vari setting;

- **sicurezza:** quando le politiche e i programmi indirizzano i bisogni legati alla sicurezza fisica, finanziaria e sociale e i diritti delle persone che invecchiano, le persone più anziane (e le loro famiglie) sono rassicurate da protezione, dignità e cura nelle circostanze che non sono più capaci di supportare, dalle quali non sono più in grado di proteggersi.

Occorre acquisire una visione differente del concetto di invecchiamento e guardare alla persona anziana non soltanto come destinataria di interventi assistenziali, ma come patrimonio da salvaguardare, come risorsa con proprie abilità fisiche, emotive e intellettuali.

Il concetto di invecchiamento attivo sposta l'attenzione dai bisogni ai diritti della persona anziana, considerando un'esistenza e un'attività che si protraggono dopo gli anni lavorativi per ottimizzare il tempo rimasto libero. Quindi l'invecchiamento attivo è un costrutto che si compone e si consolida progressivamente con scelte di vita che possono prevedere anche l'indirizzarsi verso attività nuove o precedentemente trascurate. La partecipazione alla comunità da un punto di vista sociale e culturale comporta il ripensare alla propria posizione nella società. L'invecchiamento attivo si riferisce a un'aspettativa di vita sana e di una buona qualità di vita per le persone che invecchiano, anche per coloro che sono fragili, disabili e che necessitano di assistenza. Le persone anziane che non lavorano più o che vivono con alcune disabilità possono comunque fornire un contributo attivo alle loro famiglie, alla collettività.

Il termine salute nel contesto dell'invecchiamento attivo si riferisce a una condizione di benessere che include tutti quegli elementi (salute mentale, legami e inseri-

mento nel sociale), che nella fase più avanzata della vita di una persona assumono la stessa importanza di quei fattori che ne migliorano la salute fisica.

Come si legge sul Libro Bianco della Comunità Europea (2007) ...favorire un invecchiamento sano significa, da un lato, promuovere la salute lungo tutto l'arco della vita in modo da prevenire i problemi di salute e le disabilità fin dalla più giovane età, e, dall'altro, combattere le disparità a livello di salute derivanti da fattori sociali, economici e ambientali.

La possibilità di vivere più a lungo deve poter costituire un'opportunità per una vita in salute, partecipe e in sicurezza.

6.2. Rappresentazione e valutazione dei dati

L'analisi dell'aspetto demografico della popolazione costituisce un aspetto importante in quanto l'età anagrafica e la richiesta di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali sono strettamente interconnesse.

Il gruppo di persone di ottanta anni o più costituisce il segmento della popolazione anziana che cresce più velocemente.

La riduzione della fertilità è la prima causa dell'invecchiamento della popolazione: le persone in età riproduttiva hanno un minore numero di bambini rispetto alle genera-

zioni precedenti, con il risultato che si assiste a una conseguente riduzione della proporzione di bambini e giovani nella popolazione.

Dal report delle Nazioni Unite sull'invecchiamento a livello mondiale (*World Population Ageing 2009*) emerge che nel 2025 l'Italia si collocherà al secondo posto tra i Paesi con la maggiore percentuale di persone con 60 anni o più (*Tabella 6.1*).

Nove dei dieci Paesi con più di 10 milioni di abitanti e la maggiore percentuale di persone anziane si trovano in Europa. Ci si attende un lieve cambiamento per il 2025, quando le persone con 60 anni e più costituiranno circa un terzo della popolazione in Paesi come Giappone, Italia e Germania, seguiti poi da altri Paesi europei.

Le persone di 80 anni o più costituiscono l'1,5% della popolazione totale mondiale, ma ci si aspetta che raggiungano il 4,3% per il 2050.

Le previsioni demografiche nazionali dell'Istituto nazionale di statistica (Istat) ipotizzano in Italia un miglioramento dei livelli di sopravvivenza: la vita media degli uomini cresce da 77,4 anni nel 2005 a 83,6 nel 2050; quella delle donne da 83,3 anni a 88,8 (*Tabella 6.2*).

Questo incremento colloca l'Italia ai vertici della graduatoria nell'ambito dei Paesi dell'UE. Le ragioni risiedono nell'adozione di stili di vita salutari e nei progressi medici.

Tabella 6.1. Paesi con più di 10 milioni di abitanti (nel 2002) con la maggiore percentuale di persone con 60 anni o più

2002		2025	
Italia	24,5%	Giappone	35,1%
Giappone	24,3%	Italia	34,0%
Germania	24,0%	Germania	33,2%
Grecia	23,9%	Grecia	31,6%
Belgio	22,3%	Spagna	31,4%
Spagna	22,1%	Belgio	31,2%
Portogallo	21,1%	Regno Unito	29,4%
Regno Unito	20,8%	Paesi Bassi	29,4%
Ucraina	20,7%	Francia	28,7%
Francia	20,5%	Canada	27,9%

Fonte: *World Population Ageing 2009*.

Tabella 6.2. Le ipotesi demografiche della simulazione Istat all'orizzonte del 2050

	2005	2030	2050
Vita media			
Uomini	77,4	81,0	83,6
Donne	83,3		
Fecondità		86,6	88,8
Numero medio figli per donna	1,34	1,48	1,6

Fonte: Previsioni demografiche nazionali 1 gennaio 2005-1 gennaio 2050 – Istat 2006.

Come si evince da un prospetto effettuato dall'Istat (*Tabella 6.3*) la struttura per età italiana è destinata a modificarsi progressivamente in direzione di un invecchiamento graduale e generalizzato in tutto il territorio: se nel 2010 1 italiano su 5 aveva più di 65 anni, nel 2030 si supererà il rapporto 1 su 4. Ci si attende che la percentuale di giovani (fino a 14 anni di età) diminuirà. Infatti, entro il 2030 la percentuale di giovani fino a 14 anni passa dal 14,2% al 12,2%, mentre parallelamente aumenta sensibilmente, dal 19,5% al 27%, il peso delle classi di età sopra i 65 anni e, all'interno di questa grande classe di età, quello degli 85enni e più (i cosiddetti grandi vecchi), dal 2% al 4,7%. Il rapporto tra anziani con più di 65 anni e popolazione complessiva passa da 1 ogni 5 del 2005 a 1 ogni 4 nel 2030. Nello stesso periodo, per quel che riguarda gli 85enni e più, il medesimo rapporto passa da 1 ogni 50 a 1 ogni 20 individui.

6.3. Indicazioni per la programmazione

L'età avanzata di per sé non è associata a un incremento della spesa medica; lo sono la disabilità e la salute carente, spesso associate all'età avanzata. Alcune problematiche tipiche dell'età avanzata possono essere previste o posticipate.

Il fallimento nella prevenzione o gestione di tali problematiche costituisce un costo elevato a livello umano e sociale che assorbe enormi risorse.

L'invecchiamento è un processo individuale (legato al corredo biologico e genetico della persona) e modificabile (in quanto legato al contesto esterno e culturale) e necessita di una prospettiva totalitaria che consideri l'individuo inserito nel contesto di una comunità che ne influenza la personalità.

Il declino individuale è definito dai rischi e dalle opportunità che caratterizzano la vita di ciascuno. Il grado in cui una persona diventa o rimane disabile è anche legato a fattori sociali, ambientali ed economici e definisce la soglia della disabilità.

Il modo di far fronte alla disabilità dipende dalla plasticità della persona: la reazione di un soggetto anziano alla perdita di una funzione è legata alle risorse biologiche e individuali che ne consentono un adattamento più o meno adeguato alla nuova condizione. L'abilità di compensare la perdita di una funzione è dipendente da alcuni fattori peculiari nel corso della vita di una persona: uno stile di vita sano e adeguate condotte preventive consentono di appros-

Tabella 6.3. Indicatori di struttura della popolazione italiana 1990-2050

	Struttura per età della popolazione				Indici di struttura		
	0-14 anni	15-64 anni	> 65 anni	> 85 anni	Vecchiaia	Dipendenza strutturale	Dipendenza anziani
1990	16,8%	68,5%	14,7%	1,2%	88	46	22
2005	14,2%	66,4%	19,5%	2,0%	138	51	29
2010	14,0%	65,5%	20,5%	2,8%	146	53	31
2020	13,2%	63,7%	23,2%	3,9%	176	57	36
2030	12,2%	60,8%	27,0%	4,7%	222	64	44
2040	12,4%	55,6%	32,0%	5,8%	259	80	58
2050	12,7%	53,7%	33,6%	7,8%	264	86	63

Fonte: Previsioni demografiche nazionali 1 gennaio 2005-1 gennaio 2050 – Istat 2006.