

L'involuzione delle condizioni di salute in Italia ed i compiti del nostro SSN

The health condition involution in Italy and the tasks of our NHS

Carlo Romagnoli

Medico igienista, Staff Programmazione epidemiologica USL Umbria1, Perugia

Parole chiave: anni di vita in salute, crisi, domanda socio sanitaria

RIASSUNTO

A sette anni dall'inizio della crisi finanziaria globale che ha inciso pesantemente sui determinanti distali di salute (reddito, lavoro, inserimento sociale, ecc.), continua l'approvazione di misure finanziarie che sottraggono risorse al Servizio sanitario nazionale, ponendo il problema degli effetti che il combinato disposto tra crisi e tagli alla sanità determinano su bisogni, domanda di salute, accessibilità e capacità di risposta dei servizi socio sanitari, effetti che possono essere illustrati anche dall'andamento di indicatori di salute globale quali la attesa di vita e la attesa di vita in salute alla nascita ed a 65 anni. Vengono pertanto analizzate le evidenze risultanti dalla pubblicazione di dati su queste misure da parte di OMS, Unione Europea ed Istat, distintamente per gli andamenti europei ed italiani. Tutte le fonti disponibili convergono nell'evidenziare una tendenza generale alla disgiunzione tra attesa di vita e attesa di vita in salute, registrando la prima una crescita spettacolare mentre la seconda nel complesso dell'Europa ristagna e nello specifico dell'Italia arretra vistosamente sia alla nascita che a 65 anni, con un aumento degli anni di vita vissuti in cattiva salute, il che a sua volta farebbe emergere: a) una maggiore capacità del SSN nel ridurre la letalità piuttosto che nel comprimere la morbosità da malattie cronico degenerative; b) un aumento della domanda socio sanitaria ed una disgiunzione tra questa e le risposte ottenibili tramite un SSN defanziato ed estremamente disomogeneo nelle sue afferenze operative; c) un ruolo importante per la deprivazione materiale e la disoccupazione di lungo periodo, con effetti negativi maggiori tra i quintili più poveri della popolazione, mentre per le donne si accentua il paradosso di vivere più anni degli uomini ma in condizioni di salute peggiori; d) la necessità di potenziare le politiche di promozione della salute, prevenzione ed assistenza territoriale, il che richiederebbe comprensione e accettazione del problema, condizioni organizzative omogenee tra i diversi SSR e disponibilità di investimenti adeguati.

Key words: years of healthy life, crisis, health care request

SUMMARY

Seven years after the global financial crisis that has weighed heavily on the distal determinants of health (income, employment, social inclusion, etc.), continues the approval of financial measures which divert resources to the NHS, placing the problem of the effects that the conjunction between crisis and cuts to health care determine on needs, demand for health, accessibility and responsiveness of social health effects that can be shown also on the performance of global health indicators such as life expectancy and life expectancy at birth and health in 65 years. They therefore analyzed the evidence resulting from the publication of data on these measures by WHO, European Union and Istat, separately for the Italian and European trends. All available sources converge in highlighting a general tendency to disjunction between life expectancy and healthy life expectancy, recording the first spectacular growth and the second in the whole of Europe is stagnating and specifically Italy recedes conspicuously either at birth that at 65, with an increase of the years of life she lived in poor health, which in turn would emerge: a) increased capacity of the our NHS to reduce the lethality rather than compressing morbidity from chronic degenerative diseases; b) an increase in demand for social and health care and a disjunction between this and the answers obtained through a poor SSN and extremely uneven in its operating afferents; c) an important role in material deprivation and long-term unemployment, with major negative effects among the poorest quintile of the population, while for women accentuates the paradox of living more years of men but in worse health; d) the need for a strengthened policy of health promotion, prevention and community care, which would require understanding and acceptance of the problem, organizational conditions consistent between different SSR and the availability of adequate investment.

1. Problematiche affrontate

Nel maggio 2015 sono stati pubblicati da OMS (1) e Unione Europea (2) dati relativi agli indicatori attesa di vita, attesa di vita in salute, attesa di vita in salute corretta per l'insorgenza di disabilità mentre l'ISTAT (3, 4, 5) ha aggiornato dati e criteri di lettura sul carico di malattie croniche in Italia, nelle regioni e nelle ASL. Il presente contributo si propone di fornire una lettura integrata di tali informazioni anche al fine di indagare i connessi andamenti della domanda socio-sanitaria, un problema rilevante alla luce:

- della attuale e futura predominanza nello scenario nosologico delle malattie cronico degenerative;
- delle evoluzioni demografiche legate alla riduzione della fecondità, l'allungamento della vita ed i processi di invecchiamento (3);

- dell'impatto di una crisi economica che si protrae ben oltre l'atteso (6) e colpisce in profondità settori di classe media oltre alle fasce deprivate della popolazione (5), modificandone condizioni materiali di vita, disponibilità di reddito ed i connessi bisogni;
- dei processi di definanziamento del SSN che vengono agiti da più parti (UE, Ministero Economia, Ministero Salute, Conferenza stato regioni, Regioni, ecc) come se fossimo in una condizione di comprimibilità o invarianza della domanda.

2. Obiettivi

- a) Descrivere e confrontare gli andamenti spaziali e temporali di attesa di vita, attesa di vita in salute e non in salute alla nascita ed a 65 anni e altre misure con-

- nesse con l'evoluzione della domanda socio sanitaria;
- b) disporre di un approccio che permetta di mettere in relazione i diversi fenomeni, portando ad una loro prima interpretazione plausibile, che potrà essere integrata con altre basi di dati o modificata sulla base di critiche fondate;
 - c) collocare misure e interpretazioni sostenibili in un approccio coerente di finanziamento, organizzazione e programmazione dei servizi sanitari.

3. Materiali e metodi

Materiali

Misure relative ai fenomeni di interesse (attesa di vita alla nascita ed a 65 anni, attesa di vita in salute alla nascita ed a 65 anni e altre misure connesse) sono prodotte a livello mondiale dall'OMS (1, 7), a livello europeo da Eurostat (2) ed a livello italiano da ISTAT (3,4,5), cui si rinvia anche per le specifiche metodologie di calcolo.

Definizioni

Life expectancy: l'attesa di vita misura il numero medio di anni che una persona di età definita (in genere alla nascita e a 65 anni) può attendersi di vivere se si riproducessero nel corso della sua vita gli attuali tassi di mortalità e morbosità.

Healthy life years: l'attesa di vita in salute misura il numero di anni che una persona di età definita (in genere alla nascita e a 65 anni) può attendersi di vivere in buone condizioni di salute se si riproducessero nel corso della sua vita gli attuali tassi di mortalità e morbosità. Tecnicamente l'indicatore HLY rappresenta uno sviluppo del DFLE (Disability Free Life Expectancy) e si ottiene attra-

verso specifiche applicazioni del metodo di Sullivan (8) che combinano tavole di mortalità sugli Anni di Vita Perduti per classe di età (YLL) con la prevalenza della condizione percepita di salute /non salute rilevata attraverso specifici strumenti (GALI¹) e inchieste periodiche, che nel caso delle statistiche prodotte da Eurostat sono annuali e per l'Italia prevedono una numerosità campionaria di circa 15.000 intervistati. Quindi l'indicatore

$$\text{HLY} = \text{YLL} + \text{GALI}$$

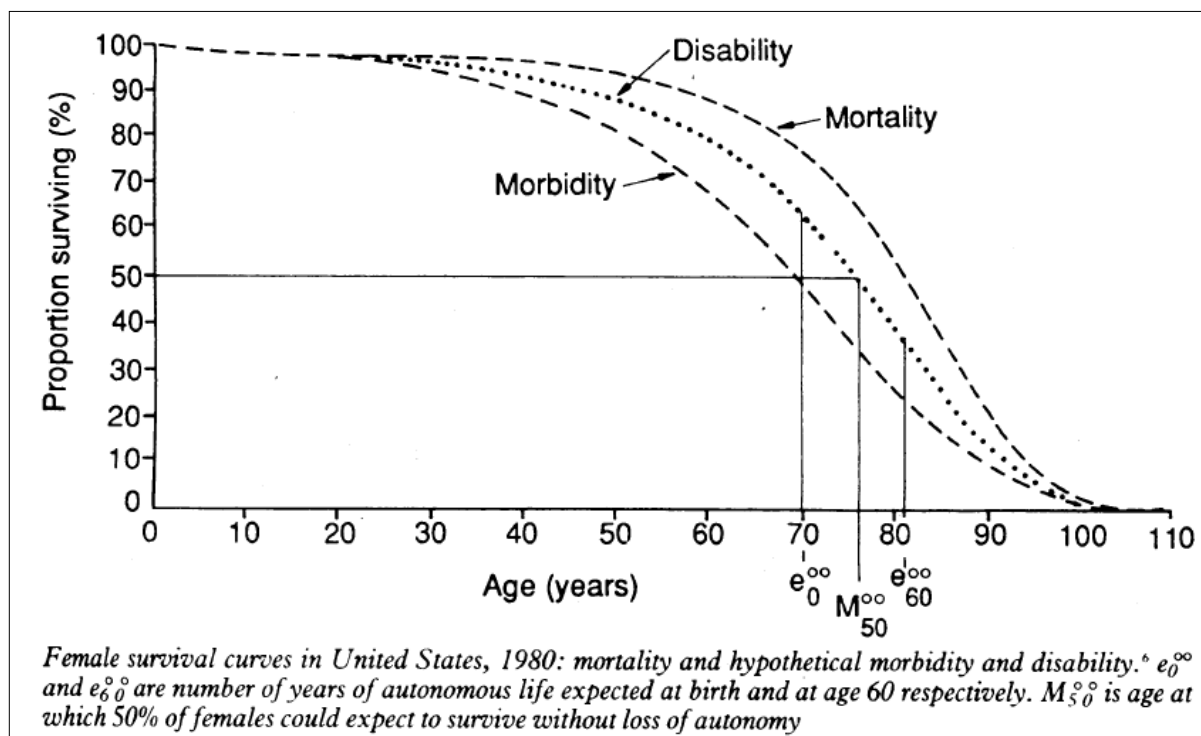
(Auto perceived health survey)

misura l'attesa di vita in salute, cioè fino al momento in cui compare la malattia, che non coincide con la comparsa di disabilità (vedi figura 1).

Healthy Adjusted Life Expectancy: l'attesa di vita sana aggiustata per la comparsa di disabilità misura il numero di anni che una persona di età definita (in genere alla nascita e a 65 anni) può attendersi di vivere prima di sviluppare una disabilità se si riproducessero nel corso della sua vita gli attuali tassi di mortalità e morbosità. Tecnicamente rappresenta uno sviluppo dell'indicatore DALE (Disability Adjusted Life Expectancy) che viene ottenuto combinando opportunamente attraverso il metodo di Sullivan YLL (Anni di Vita Perduti) e YLD (Anni di Vita Perduti per Disabilità), dove $\text{YLD} = [\text{SOMM } dx (I \times DW \times D)]$ dove per ciascuna malattia/ condizione dx si moltiplica l'Incidenza nel contesto specifico (I), con un peso da attribuire

1. L'indicatore globale di limitazione di attività (GALI), la misura alla base dell'indicatore europeo anni di vita sani (HLY), è utilizzato da Eurostat per rilevare e confrontare la salute della popolazione in tutti i paesi europei (9).

Figura1 - Evoluzione dello stato di salute nel corso della vita



alla disabilità data dalla specifica malattia DW e la durata media della malattia in esame (D) (8). Uno sviluppo fondamentale per tale misura si è avuto con il grande lavoro coordinato da Murray e Lopez per il calcolo del Global Burden Disease (10).

Nel calcolo dell'HALE a queste due componenti viene aggiunta anche la misura dello stato di salute percepito, che nel caso dei dati prodotti dall'OMS per valutare il raggiungimento degli obiettivi ONU del millennio, si basa sulla Global Health Survey che l'OMS conduce in circa 70 paesi del mondo con una tempistica meno cadenzata rispetto ad Eurostat.

Quindi

$$\text{HALE} = \text{YLL} + \text{YLD} + \text{APHS WHO}$$

misura l'attesa di vita sana aggiustata per la comparsa di disabilità.

Vi sono poi altri indicatori calcolati da Istat per misurare bisogni di assistenza e accesso ai servizi sanitari.

Dati Eurostat

Eurostat pubblica i dati relativi ad attesa di vita ed attesa di vita in salute in tabelle che contengono sia stime aggregate distintamente per l'area EU 28 ed EU 27 che per le diverse aree Euro (a 17, 18 e 19 membri), sia i valori delle stime disponibili per i singoli stati dal 2004 (anno in cui sono iniziate rilevazioni omogenee di tali indicatori) al 2013. I singoli stati europei hanno però aderito ai criteri metodologici non tutti nel 2004 ma nel corso degli anni. Per eliminare quindi dai dati i fattori di disomogeneità sopra richiamati, si è proceduto a utilizzare nei confronti spaziali e tem-

porali per l'attesa di vita in salute solo i valori di misure metodologicamente confrontabili, un problema che se non esiste per le misure effettuate negli anni più recenti, è invece rilevante per il 2004 ed anni successivi, periodo per il quale si è fatto riferimento alla prima misura metodologicamente confrontabile prodotta.

4. Risultati

4.1) Europa

In base ai dati Eurostat emergerebbe (Tabella 1) che nel complesso dell'Unione Europea (UE27 e UE 28) e, distintamente delle tre aree Euro (Euro 17, Euro 18 ed Euro 19), l'andamento della attesa di vita è ovunque in crescita per tutti e due i sessi; i valori più elevati vengono sempre raggiunti nei paesi dell'area Euro 17 dove le donne nel 2013 sono più longeve

degli uomini di ben 5,3 anni; posto che più si avanza con l'età più è difficile ottenere ulteriori guadagni, dal 2004 al 2013 nella UE 28 le donne guadagnano un mese ogni 5,6 mesi, mentre gli uomini ottengono i maggiori guadagni con un mese guadagnato ogni 3,8 mesi. L'andamento della *attesa di vita in salute* dispone di misure aggregate relative solo all'area EU 27, da cui emerge un saldo negativo di un anno per le donne tra il 2004 ed il 2013, che così si collocano complessivamente a 61,5 anni di attesa di vita in salute, perdendo 1 mese ogni 10 mesi, mentre gli uomini, che invece nello stesso periodo hanno un saldo positivo di 0,3 anni, hanno nel 2013 nell'area euro 27 una attesa di vita in salute leggermente più bassa, pari a 61,4 anni, guadagnando un mese ogni 30 mesi.

Tabella 1 - Andamento attesa di vita e attesa di vita in salute nelle aree Euro ed EU. 2004-2013

Diverse aggregazioni	Attesa di vita. Donne		
	2004	2013	Saldo
EU (28 countries)	81,5	83,3	1,8
EU (27 countries)	81,5	83,3	1,8
Euro area (19 countries)	82,6	84,3	1,7
Euro area (18 countries)	82,6	84,4	1,8
Euro area (17 countries)	82,7	84,4	1,7
	Attesa di vita. Uomini		
	2004	2013	Saldo
EU (28 countries)	75,2	77,8	2,6
EU (27 countries)	75,2	77,8	2,6
Euro area (19 countries)	76,4	78,9	2,5
Euro area (18 countries)	76,5	79	2,5
Euro area (17 countries)	76,6	79,1	2,5
	Attesa vita in salute. Donne		
	2004	2013	Saldo
EU 27	62,5	61,5	-1
	Attesa vita in salute. Uomini		
	2004	2013	Saldo
EU 27	61,1	61,4	0,3

*Fonte Eurostat.

Se invece si fa riferimento alle misure OMS sulla attesa di vita nel periodo 1990-2013 è possibile osservare che in tutti i paesi esaminati si assiste ad una importante crescita della attesa di vita, che oscilla per i maschi tra 3 e 8 anni e per le femmine tra i tre e di sette anni. Se vi è una sostanziale sovrapposibilità per l'attesa di vita tra le stime OMS e quelle Eurostat. Lo stesso non avviene, ovviamente, se si confrontano i dati Eurostat sull'HLY con quelli OMS sull'HALE (che sono forniti in modo aggregato per i due sessi e con il solo riferimento al 2013) emergono in genere scostamenti molto rilevanti, in molti casi superiori anche a 10 anni, che vengono meno solo per le misure relative ai maschi in due paesi Europei non facenti parte né di area Euro né di UE (Islanda e Norvegia) che andrebbero ulteriormente indagati.

4.2) Italia

Nello specifico dei due sessi le stime aggiornate al 2013 per attesa di vita alla nascita, attesa di vita in salute alla nascita e attesa di vita in salute alla nascita aggiustata per la comparsa di disabilità evidenziano che:

a) i nati maschi del 2013 dovrebbero attendersi, se si riprodussero nel corso della loro vita le stesse condizioni di morbosità e mortalità vissute attualmente, che in media per essi:

- la attesa di vita in salute arriverebbe fino a 61,8 anni;
- la attesa di vita connessa con la comparsa di disabilità arriverebbe fino a 73 anni;
- la attesa di vita tout court arriverebbe fino a 80,2 anni.

b) le donne nate nel 2013 dovrebbero attendersi, se si riprodussero nel corso della

loro vita le stesse condizioni di morbosità e mortalità vissute attualmente, che in media per esse:

- la attesa di vita in salute arriverebbe fino a 60,8 anni;
- la attesa di vita connessa con la comparsa di disabilità arriverebbe fino a 73 anni;
- la attesa di vita arriverebbe fino a 85 anni.

Le figure 2 e 3 sintetizzano gli andamenti temporali di attesa di vita alla nascita e attesa di vita in salute alla nascita per l'Italia dal 2005² al 2013 (con l'eccezione del 2010, anno per il quale Eurostat non pubblica il valore a suo tempo misurato, probabilmente perché ritenuto aberrante sulla base di valutazioni successive) consentendo una prima grossolana stima della *durata della attesa di vita non in salute alla nascita*, categoria complessa in cui si sovrappongono sia anni di vita percepita non in buona salute senza che però siano apprezzabili disabilità, sia anni di vita non in buona salute contrassegnati da disabilità, con una prevalenza dei secondi all'aumentare dell'età.

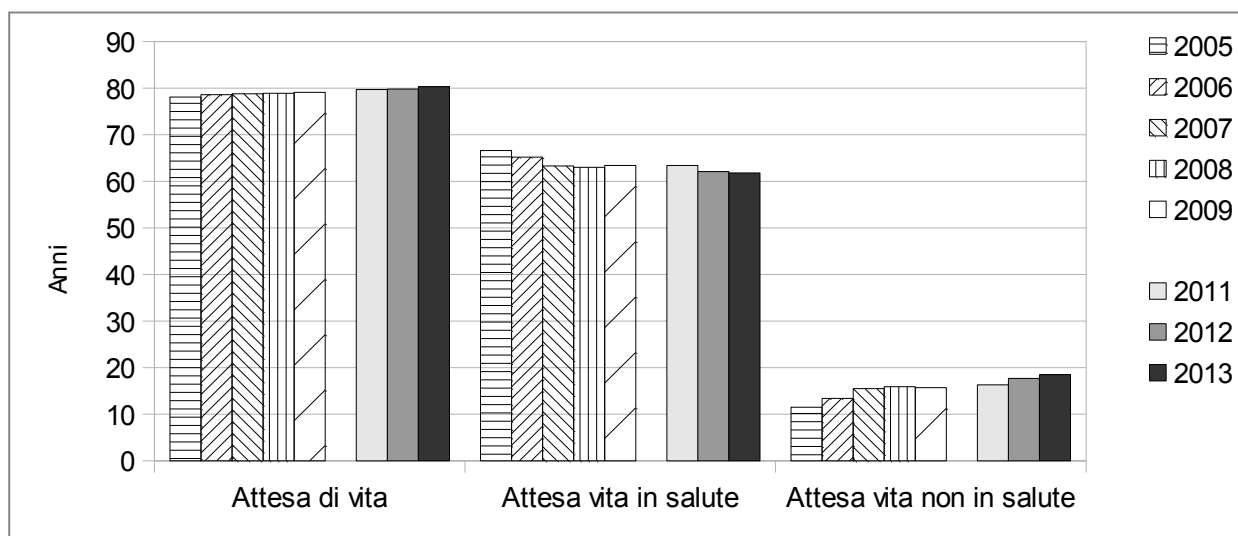
I dati disponibili permettono di osservare:

a) per la **attesa di vita alla nascita** un trend in continuo miglioramento:

- gli uomini secondo Eurostat dal 2005 al 2013, cioè in nove anni, mediamente guadagnano 2,2 anni di più (un mese ogni 4,3 mesi contro una media UE28 di un mese ogni 3,8), mentre se si fa riferimento ai dati OMS essi sarebbero passati in Italia da 74

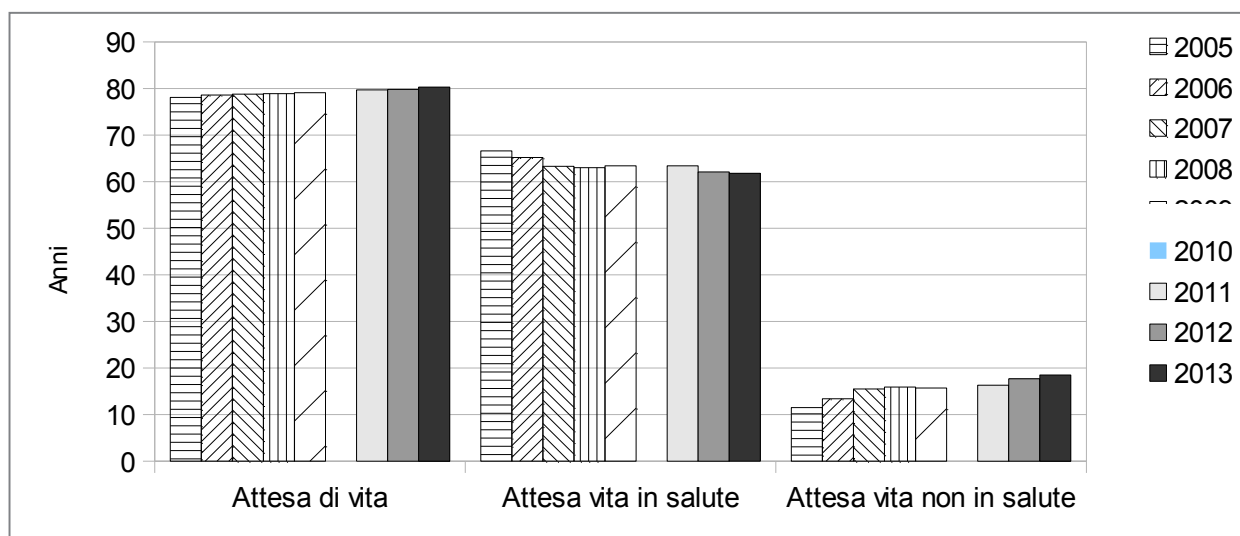
2. Le misure effettuate dall'Italia per Eurostat nel 2004 non erano conformi alla metodologia europea risultando non confrontabili con quelle 2013. Non vengono quindi riportate in questa sede, dove invece sono utilizzate le stime 2005, metodologicamente omogenee.

Figura 2 - Attesa di vita, attesa di vita in salute e non in salute. Italia, maschi, 2005-2013



Fonte Eurostat

Figura 3 - Attesa di vita, attesa di vita in salute e non in salute. Italia, femmine, 2005-2013



Fonte Eurostat

anni (1990) ad 80 anni (2013), guadagnando così in un quarto di secolo circa 6 anni di attesa di vita (un mese ogni 4 mesi), con un lieve rallentamento nell'ultimo decennio.

- le donne secondo Eurostat dal 2005 al 2013, cioè in meno di dieci anni, mediamente

te guadagnano 1,6 anni di più (1 mese ogni 6,6 mesi contro una media UE28 di 1 mese ogni 4,8 mesi), mentre se si fa riferimento ai dati OMS esse sarebbero passate in Italia da 80 anni (1990) ad 85 anni (2013), guadagnando così in un quarto di secolo circa 5

anni di attesa di vita (1 mese ogni 4,8 mesi) con un rallentamento nell'ultimo decennio. Anche se le differenze tra i due sessi evidenziano ovviamente una relazione inversa tra guadagni ottenibili ed età, sembra di poter osservare che questi trend continueranno per il futuro a produrre un aumento della vita attesa che, se per ipotesi continuasse in modo simile a quanto avvenuto negli ultimi 10 anni, porterebbe gli uomini ad avere una attesa di vita di 82,5 anni nel 2025, mentre per le donne si arriverebbe sempre nello stesso anno a 86,5 anni.

b) per la **attesa di vita in salute alla nascita** un trend in continuo peggioramento³:

- gli uomini secondo Eurostat dal 2005 al 2013, cioè in meno di dieci anni, mediamente perdono 4,8 anni.
- le donne secondo Eurostat dal 2005 al 2013, cioè in meno di dieci anni, mediamente perdono 6,9 anni.

Anche se le differenze tra i due sessi evidenziano ovviamente una diversa percezione dello stato di salute ma anche spettri di patologia diversi, sembra di poter osservare che questi trend potrebbero continuare per il futuro a produrre una diminuzione della vita attesa in salute che, se per ipotesi continuasse in modo simile a quanto avvenuto negli ultimi 10 anni, porterebbe gli uomini ad avere una attesa di vita in salute alla nascita di 57 anni nel 2025, mentre per le donne si arriverebbe

sempre nello stesso anno a 54 anni.

c) per la **attesa di vita non in salute alla nascita** un trend in continuo aumento⁴:

- gli uomini secondo Eurostat che nel 2005 vivevano nel complesso 11,5 a. in non buona salute, al 2013 vivono nel complesso 18,5 a. in cattiva salute, con un aumento di 7 anni in 10 anni;
- le donne secondo Eurostat, che nel 2004 vivevano nel complesso 12,7 aa. in non buona salute, al 2013 vivono nel complesso 24,3 a. in non buona salute, con un aumento di 8,5 a. in 10 a.

Se poi si verificassero le rispettive ipotesi di incremento della attesa di vita alla nascita e di attesa di vita in salute alla nascita sopra richiamate, avremmo per gli uomini nel 2025, 25,5 anni di vita non in salute e per le donne 32,8 anni di vita non in salute.

Infine, in termini di percentuale di vita vissuta in non buona salute, gli uomini passano da un 14,7% nel 2005 ad un 23% nel 2013 fino ad un ipotetico 30,9% nel 2025, mentre le donne passano da un 18,9% nel 2005 ad un 28% nel 2013 fino ad un ipotetico 37,8% nel 2025.

d) per la attesa di vita alla nascita senza disabilità pur non disponendo come già detto di trend e pur avendo solo un valore medio puntuale per i due sessi, possiamo assumere che gli individui (M+F) che secondo l'OMS hanno una attesa vita media di 83 anni nel 2013, con una attesa di vita alla nascita con comparsa di disabilità stimata in 73 anni, vivono 10 anni con almeno una disabilità importante rappresentando con ciò un carico di

3. Istat (4) fornisce dati sulla attesa di vita in salute che si collocano al di sotto della stima Eurostat: nel 2012 59,8 aa. per i maschi e 57,3 anni per le donne, con un trend che però dal 2009 al 2011 sarebbe positivo, con un aumento di 2,1 anni per uomini e 2,2 per le donne. Il miglioramento riguarda tutte le ripartizioni geografiche, ad eccezione delle donne del Mezzogiorno tra le quali l'incremento registrato non è statisticamente significativo.

4. Istat (2014) fornisce una stima di 19,8 anni in non buona salute per i maschi e di 27,1 per le donne.

lavoro importante per servizi socio sanitari.

4.3) *Dati OMS, Eurostat ed Istat relativi alle attese di vita per individui con 65 anni di età*

Nello specifico dei due sessi le stime aggiornate al 2013 per attesa di vita a 65 anni e per l'attesa di vita in salute a 65 anni evidenziano che:

- a) gli uomini che nel 2013 hanno 65 anni dovrebbero attendersi, se si riproducessero nel corso della loro vita le stesse condizioni di morbosità e mortalità vissute attualmente, che in media per essi:
 - la attesa di vita sia pari a 18,9 a. (21,8 su base Istat) con la prospettiva di vivere in media fino a 83,9 a.;
 - la attesa di vita in salute sia pari a 7,7 (9,4 anni su base Istat) con la prospettiva di vivere in salute in media fino a 72,7 a.
- b) le donne che nel 2013 hanno 65 anni dovrebbero attendersi, se si riproducessero nel corso della loro vita le stesse condizioni di morbosità e mortalità vissute attualmente, che in media per esse:
 - la attesa di vita sia pari 22,6 (21,8 su base Istat) con la prospettiva di vivere in media fino a 87,6 a.;
 - la attesa di vita in salute sia pari a 7,1 (9,4 a. su base Istat) con la prospettiva di vivere in salute in media fino a 72,1 a.

Le figure 4 e 5 sintetizzano gli andamenti temporali di attesa di vita a 65 anni e attesa di vita in salute a 65 anni per l'Italia dal 2005 al 2013 consentendo anche in questo caso una prima grossolana stima della *durata della attesa di vita non in salute a 65 anni*, categoria complessa in cui si sovrappongono sia anni di vita percepita non in buona salute

senza che però siano apprezzabili disabilità importanti, sia anni di vita non in buona salute contrassegnati da disabilità importanti, con una prevalenza dei secondi all'aumentare dell'età.

I dati disponibili permettono di osservare:

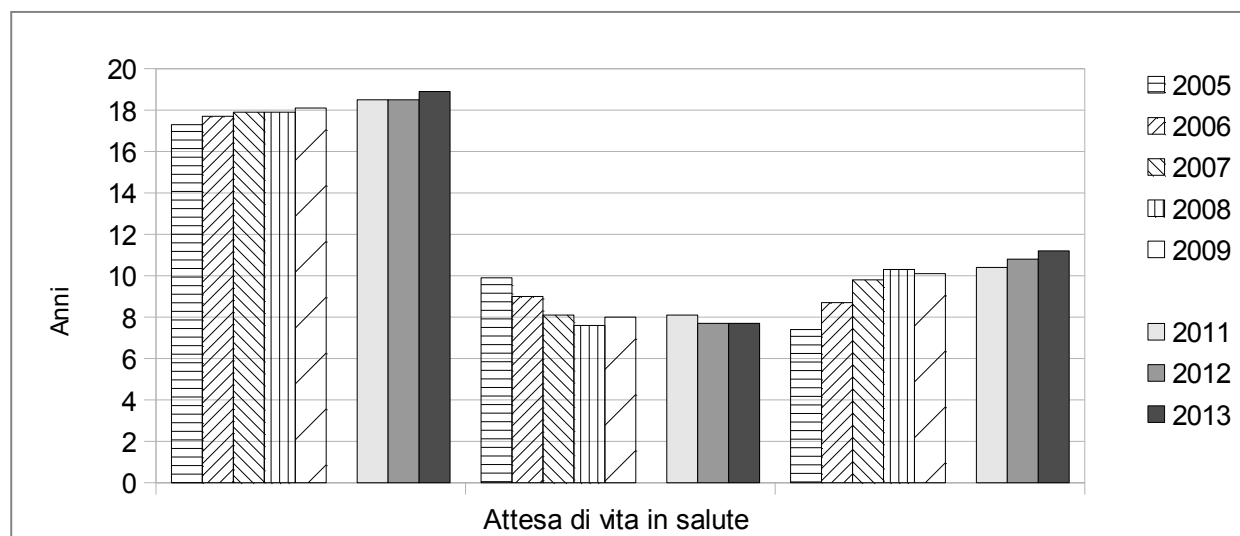
- a) per la **attesa di vita a 65 anni** un trend in miglioramento:
 - gli uomini secondo Eurostat dal 2005 al 2013, cioè in nove anni, mediamente guadagnano 1,6 anni di più, un mese ogni 5,5 mesi.
 - le donne secondo Eurostat dal 2005 al 2013, cioè in nove anni, mediamente guadagnano 1,5 anni di più, un mese ogni 6 mesi.

Anche se le differenze tra i due sessi evidenziano ovviamente una relazione inversa tra guadagni ottenibili ed età, sembra di poter osservare che questi trend continueranno per il futuro a produrre un aumento della vita attesa anche a 65 anni che, se per ipotesi continuasse in modo simile a quanto avvenuto negli ultimi 10 anni, porterebbe gli uomini ad avere una attesa di vita di 20,5 anni nel 2025, mentre per le donne si arriverebbe sempre nello stesso anno a 24,1 anni.

- b) per la **attesa di vita in salute a 65 anni** un trend in peggioramento⁵:
 - gli uomini secondo Eurostat dal 2005 al 2013, cioè in nove anni, mediamente perdono 2,2 anni, un mese ogni 4 mesi;
 - le donne secondo Eurostat dal 2005 al

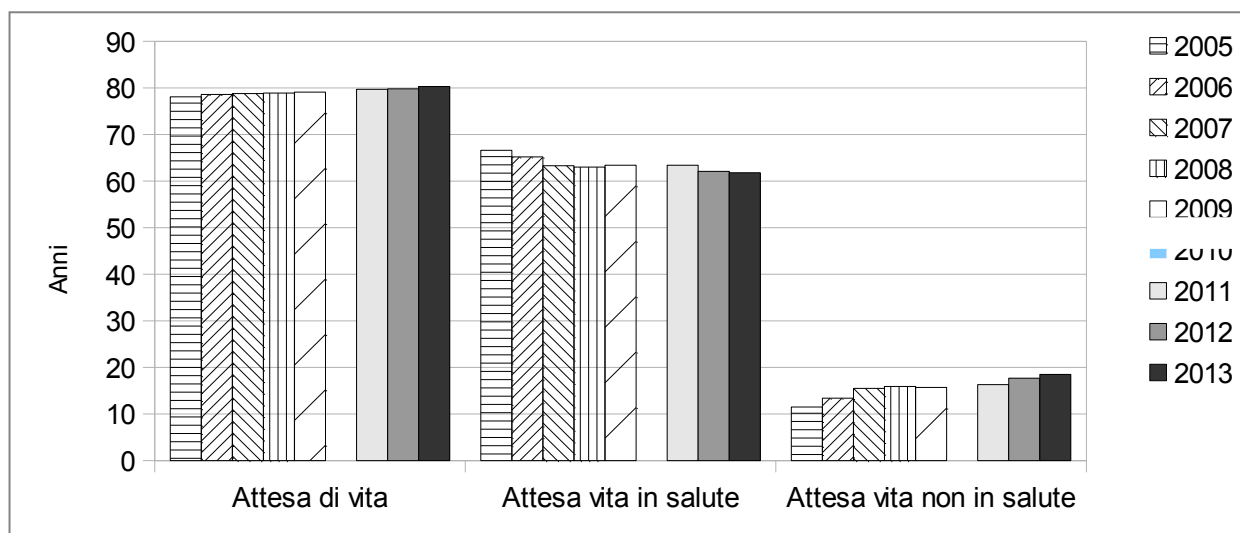
5. Istat (2014) fornisce dati sulla attesa di vita in salute che si collocano al di sotto della stima Eurostat: nel 2012 59,8 aa. per i maschi e 57,3 anni per le donne, con un trend che però dal 2009 al 2011 sarebbe positivo, con un aumento di 2,1 anni per uomini e 2,2 per le donne. Il miglioramento riguarda tutte le ripartizioni geografiche, ad eccezione delle donne del Mezzogiorno tra le quali l'incremento registrato non è statisticamente significativo.

Figura 5 - Attesa di vita, attesa di vita in salute e non in salute a 65 anni. Italia, maschi, 2005-2013



Fonte Eurostat

Figura 6 - Attesa di vita, attesa di vita in salute e non in salute a 65 anni. Italia, femmine, 2005-2013



Fonte Eurostat

2013, cioè in meno di dieci anni, mediamente perdono 3,2 anni, un mese ogni 2,8 mesi.

Anche se le differenze tra i due sessi evidenziano ovviamente una diversa percezione dello stato di salute ma anche spettri di patologia diversi, sembra di poter osservare che questi

trend potrebbero continuare per il futuro a produrre una diminuzione della vita attesa in salute che, se per ipotesi continuasse in modo simile a quanto avvenuto negli ultimi 10 anni, porterebbe gli uomini ad avere una attesa di vita in salute a 65 anni di 5,5 anni nel 2025, mentre per le donne si arriverebbe

sempre nello stesso anno a 3,9 anni.

c) per la **attesa di vita non in salute a 65 anni** un trend in aumento⁶:

- gli uomini secondo Eurostat che nel 2005 avevano un'attesa di vita in non buona salute pari nel complesso 7,4 anni, al 2013 vivono nel complesso 11,2 anni in cattiva salute, con un aumento del 51% in dieci anni, un mese in più ogni 2,4 mesi;
- le donne secondo Eurostat, che nel 2005 avevano un'attesa di 10,9 anni in non buona salute, al 2013 la vedono salire a 15,5, con un aumento del 42% in dieci anni, un mese in più ogni 2 mesi.

Se poi si verificassero le rispettive ipotesi di incremento della attesa di vita a 65 anni e di attesa di vita in salute a 65, avremmo per gli uomini di 65 anni nel 2025, 15 anni di vita non in salute e per le donne 20,1 anni di vita non in salute.

Infine, in termini di percentuale di vita attesa a 65 anni in non buona salute, gli uomini passano da un 43% nel 2005 ad un 59% nel 2013 fino ad un ipotetico 73% nel 2025, mentre le donne passano da un 52% nel 2005 ad un 68,5% nel 2013 fino ad un ipotetico 83% nel 2025.

4.4) Altre misure disponibili a livello nazionale

I dati Istat (3,4,5) sviluppano le indicazioni provenienti dai dati OMS ed Eurostat; in particolare per l'ISTAT la crisi economica attuale sollecita alcune valutazioni sulle condizioni di salute della popolazione e sulla risposta dell'assistenza sanitaria ai bisogni di salute. Le stime provvisorie dell'indagine

multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" condotta dall'Istat, e realizzata con il sostegno del Ministero della Salute e delle Regioni, forniscono un primo quadro d'insieme su tali aspetti:

- nel 2012 oltre i due terzi della popolazione di 14 anni e più (66,9%) hanno riferito di stare bene o molto bene e il 7,7% di stare male o molto male. *Il 14,8% dell'intera popolazione ha dichiarato almeno una malattia cronica grave e il 13,9% ha problemi di multicronicità* (dichiara tre o più malattie croniche), che prevalgono tra le donne;

- nel 2012, circa 9 milioni di persone hanno dichiarato di soffrire di almeno una malattia cronica grave (14,8% dell'intera popolazione) e circa 8 milioni e mezzo hanno riferito problemi di multicronicità, indicando la presenza di tre o più malattie croniche indipendentemente dalla gravità (pari al 13,9%).

Tra i molto anziani (75 anni e più), quasi una persona su due dichiara di essere affetta da una patologia cronica grave o da tre o più malattie croniche. Le donne presentano per tutte le classi di età superiori ai 14 anni, tassi di multicronicità più alti degli uomini, ma sono meno colpite da patologie gravi dopo i 50 anni.

Tra il 2005 e il 2012 aumentano complessivamente di circa un punto e mezzo entrambi gli indicatori di cronicità, in gran parte a causa dell'invecchiamento della popolazione. Difatti, considerando i tassi standardizzati per età, l'aumento è molto più contenuto (intorno a mezzo punto percentuale). Questa variazione è tutta concentrata tra le donne anziane (65 anni e più) per le quali, rispetto al 2005, si osserva un incremento del tasso standardizzato di multicronicità, dal 44,6%

6. Istat (2014) fornisce una stima di 19,8 anni in non buona salute per i maschi e di 27,1 per le donne.

al 49,3%.

Aumentano le disuguaglianze sociali nella salute tra gli anziani: le persone over65 con risorse economiche scarse o insufficienti che dichiarano di stare male o molto male sono il 30,2% (28,6% nel 2005) contro il 14,8% degli anziani con risorse ottime o adeguate (16,5% nel 2005). In particolare gli anziani del Sud sono il gruppo di popolazione più vulnerabile; persiste un chiaro gradiente sociale nella distribuzione della salute: rispetto al titolo di studio, nel 2012 si conferma l'associazione tra livelli più bassi di scolarità e peggiori condizioni di salute. Complessivamente, tra le persone di 25 anni e più, si rilevano prevalenze intorno al 10% sia per la cronicità grave che per la multicronicità tra quanti hanno conseguito almeno un diploma di scuola superiore, a fronte di circa il 40% tra quanti invece hanno al massimo la licenza di scuola elementare. Anche tenendo sotto controllo l'effetto dell'età, il rischio di presenza di cronicità è quasi il doppio tra quanti hanno un basso titolo di studio.

Aumentano anche le disuguaglianze territoriali. Nel Sud le condizioni di salute peggiorano rispetto al 2005: cresce infatti, dal 13,2% al 15,5%, la quota di multicronici (in particolare fra le donne).

E' però importante osservare che l'espressione geografica dei fenomeni connessi con lo stato di malattia e la sua percezione, contiene una eccedenza che non trova spiegazione all'interno delle abituali letture per ripartizione geografica. Se infatti, in mancanza di dati più articolati, questa chiave viene utilizzata anche in questo contesto, alcuni fenomeni come appunto il numero di persone in cattive condizioni di salute mostrano un an-

damento molto striato nelle classiche ripartizioni Nord, Centro, Sud e Isole, tanto che l'ISTAT nel 2015 (5) sviluppa nuove chiavi di lettura, distinguendo il nostro territorio in nuovi aggregati (cuore verde, l'altro Sud, la città diffusa, il mezzogiorno interno, le città del centro nord, i centri urbani meridionali, i territori del disagio), che, combinando più variabili, offrono migliori spiegazioni ai fenomeni rilevati.

Confrontando il secondo semestre 2012 con il semestre corrispondente del 2005, i consumi sanitari risultano in aumento per le visite mediche, stabili per gli accertamenti diagnostici e in lieve diminuzione per i ricoveri ospedalieri.

Le visite odontoiatriche si riducono del 23%. Il 14,3% delle persone di 14 anni e più vi ha rinunciato nell'ultimo anno pur avendone bisogno e, fra queste, l'85% lo ha fatto per motivi economici. Diminuiscono lievemente anche le consulenze dietologiche.

In crescita le prestazioni sanitarie a pagamento intero per gli accertamenti: la quota passa dal 21,0% al 24,9% per gli accertamenti specialistici, dall'8,1% al 14,1% per le analisi del sangue. Tali percentuali sono più elevate al Centro e al Sud, dove si registra anche l'incremento più forte rispetto al 2005.

Nel 2012 l'11,1% della popolazione ha dichiarato di aver rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria erogabile dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), pur ritenendo di averne bisogno. Oltre una persona su due rinuncia per motivi economici e circa una su tre per motivi di offerta, con un andamento più accentuato nelle Asl del Sud Italia, livelli di eterogeneità territoriale non trascurabili, che rinviano alla presenza di sacche di biso-

gono non corrisposto in regioni e contesti non attesi.

5. Discussione e conclusioni

In questa sede si cercherà di fare il punto in relazione alle criticità che emergono dai dati raccolti che riguardano sostanzialmente: a) come variano le misure che ci parlano delle relazioni tra vita, salute e malattia? b) Come vanno interpretate? c) Come vanno gestite?

5.1) *Come variano le misure che ci parlano delle relazioni tra vita, salute e malattia?*

I dati esaminati evidenziano che un processo di disgiunzione tra durata della attesa di vita e durata della attesa di vita in salute starebbe interessando la società italiana e altre società europee.

Tutte le fonti e le misure disponibili confermano che la **attesa di vita alla nascita e a 65 anni** continua ad aumentare sia in Europa che in Italia, con ritmi tuttora notevolmente sostenuti e maggiori vantaggi per il sesso femminile rispetto al numero totale di anni vissuti. Al riguardo vi è convergenza in letteratura sul fatto che:

- longevità e invecchiamento sano sono tra i fenotipi più complessi studiati fino ad oggi e l'ereditabilità dell'età al momento della morte, negli adulti (11) è pari a circa il 25%; vi è dunque un effetto preponderante di fattori ambientali nel determinare la crescente longevità, con un ruolo importante dei determinanti distali (reddito, istruzione, inserimento sociale, ecc) di salute (12);
- un gap della speranza di vita legata al genere esiste in quasi tutti i paesi per i quali

sono disponibili dati (13): nonostante percentuali di grasso corporeo più elevato e più bassi livelli di attività fisica a livello globale a tutte le età, vi sono tra i sessi differenze nei fattori genetici e fisiologici (tra cui diversità nell'inattivazione del cromosoma X, nei processi di logoramento dei telomeri, nelle risposte ormonali e cellulari allo stress, nella funzione immunitaria e nella gestione dei substrati metabolici tra gli altri) che possono spiegare almeno una parte del vantaggio femminile nella attesa di vita; secondo altri autori (14) questa maggiore longevità sarebbe dovuta al fatto che lo stress ossidativo mitocondriale sarebbe maggiore nei maschi rispetto alle femmine, sesso nel quale i livelli più elevati di estrogeni proteggono contro l'invecchiamento, agendo sulla sovra regolazione dell'espressione di geni della longevità legati allo svolgimento di funzioni antiossidanti;

- vi sono importanti differenze geografiche quali, oltre a quelle prima esposte, quelle osservate tra gli USA e altri paesi sviluppati che potrebbero essere determinate da differenze cruciali nelle politiche sociali cui i vari individui sono esposti nel corso della loro vita (15);
- vi sono importanti differenze tra gruppi sociali: l'aspettativa di vita ha un andamento diverso in base allo status nella società, con una mortalità più elevata tra quanti appartengono allo status sociale più basso (16). Anche se il cancro e le malattie cardiovascolari sono più comuni come cause di morte nelle società ricche rispetto a quelle povere, nei paesi industrializzati le principali cause di morte

sono più comuni in quelli di status sociale più basso. *Differenze tra il quintile più ricco e quello più povero della popolazione nella attesa di vita alla nascita sono state stimate in 6,8 anni per gli uomini e 2,8 per le donne nel Canada nel 1983* (17), un paese che pure ha attivato il proprio SSN a partire dal 1937, con marcati effetti redistributivi;

- una diminuzione importante della speranza di vita è stata osservata in seguito allo scioglimento dell'URSS negli anni '90 e la conseguente crisi economica e sociale: è evidente la relazione tra livello di istruzione (un proxy del reddito e della posizione sociale) e speranza di vita nei due sessi nel periodo 1980-2000, depone nei fatti per un ruolo forte dei determinanti distali di salute quali l'accesso al reddito diretto ed indiretto, nelle variazioni negative di tale indicatore (12).

La ***attesa di vita in salute alla nascita ed a 65 anni*** non accompagna l'aumento della attesa di vita sia a livello europeo che come andamento specifico di un consistente numero di stati, tra cui l'Italia, per la quale emerge una flessione all'interno di un trend decennale ormai consolidato, con svantaggi maggiori per il sesso femminile; in Italia aumentano gli anni di vita vissuti non in salute, sia che si faccia riferimento alla nascita che ai 65 anni come età di riferimento, con carichi maggiori per le donne in ambedue i casi e la prospettiva, ove nei prossimi dieci anni i fenomeni descritti continuassero ad evolvere con la stessa intensità con cui sono evoluti negli ultimi dieci anni, di un ulteriore consistente aumento.

Oltre a quanto ci dicono OMS e UE, Istat

per parte sua evidenzia, conformemente al quadro generale sopra sintetizzato, alcuni processi a livello nazionale in cui si compongono effetti della crisi demografica, di quella economica e di quella gestionale del SSN che sarebbero attenuati nelle parti del Paese che, come il suo "Cuore Verde" (5) sono fino ad oggi riuscite a combinare qualità ambientale e qualità del welfare, evidenziando in ogni caso crescenti diseguità inter ed intraregionali non governate dalle attuali scelte gestionali e redistributive.

Occorre poi considerare che, se l'indicatore ***"attesa di vita in salute"*** è stato assunto dalla UE come la misura che più di altre da conto dello sviluppo qualitativo di una società e rappresenta la base materiale sulla quale si possono innestare politiche di "invecchiamento attivo", da una prima analisi della letteratura emerge che:

- l'indicatore europeo anni di vita sani (HLY) si basa sulla integrazione tra misure derivanti da tavole di mortalità e da misure soggettive rivolte a definire un indice globale di limitazione nelle attività (GALI), la cui comparabilità a popolazione in tutti i paesi è stata messa in discussione (18, 19, 20, 21); uno studio condotto al riguardo (9) ha evidenziato che il GALI è significativamente associato con le misure di attività della vita quotidiana, le attività strumentali della vita quotidiana e limitazioni funzionali ($P < 0,001$ in tutti i casi), ma le associazioni sono più forti per le attività della vita quotidiana e meno forti - anche se ancora significative - per le limitazioni funzionali. Per ogni misura, l'entità dell'associazione è simile per la maggior parte dei paesi. Nel com-

- plesso, tuttavia, il GALI differisce significativamente tra i paesi nel modo in cui riflette ciascuna delle tre misure di disabilità ($P < 0,001$ in tutti i casi). Lo studio ha confermato sia la rilevanza di questo indicatore per misurare limitazioni generali di attività nella popolazione europea che la necessità di cautela quando si confrontano le misure tra un paese e l'altro;
- l'andamento di questo indicatore può essere messo in relazione con l'equità di accesso ai determinanti distali di salute (reddito diretto ed indiretto, istruzione, soprattutto per le donne, inserimento sociale, ecc) (8);
 - studi condotti nel 2005 (10) sull'indicatore HLY a 50 anni, hanno evidenziato che l'attesa di vita in salute varia tra paesi molto più dell'attesa di vita: le variazioni dell'HLY negli uomini andavano da 9.1 anni in Estonia a 23.6 anni in Danimarca; per le donne: da 10.4 anni in Estonia a 24.1 anni in Danimarca. Prodotto interno lordo e spesa nazionale per i servizi alla terza età erano entrambi positivamente associati con l'HLY a 50 anni per donne ed uomini ($p < 0.039$ per ambedue gli indicatori e sessi); inoltre, nei soli uomini la disoccupazione strutturale evidenziava una associazione negativa ($p = 0.023$), al contrario della formazione permanente, in associazione positiva ($p = 0.021$) con HLY a 50 anni; ampie variazioni tra vita in salute a 50 anni e attesa di vita sono state confermate nei confronti tra i valori misurati nel 2005 e quelli misurati nel 2010 in 25 paesi europei (22) facendo emergere all'analisi statistica un ruolo maggiore della *deprivazione materiale* nel determinare le variazioni in entrambi gli anni con, in più, un ruolo significativo della *disoccupazione di lungo periodo nel 2010*;
 - i risultati di studi pubblicati nel 1991 (23) evidenziavano una attesa di vita in salute: a) alla nascita, di circa 60 anni (range: 56-64 anni) per gli uomini e circa 64 anni (range: 60-69 anni) per le donne, il che rafforzerebbe l'evidenza di una tendenza alla riduzione di tale vantaggio per le donne; b) a 65 anni, di circa otto anni per gli uomini e 10 per le donne, mentre la aspettativa di vita era rispettivamente di circa 14 e 19 anni;
 - in molti paesi il vantaggio delle donne nella mortalità è bilanciato da una posizione di svantaggio per quanto riguarda morbosità e disabilità (24), così che alcuni autori parlano di "paradosso delle differenze tra salute e sopravvivenza" nelle femmine e nei maschi (25). Uno studio ha suddiviso le differenze dell'HLY legate al sesso in due parti, relativamente a ciò che causa disuguaglianza di genere nella mortalità e disuguaglianza di genere nella disabilità, facendo emergere che il paradosso salute sopravvivenza è una funzione del livello di salute della popolazione, dipendente da fattori modificabili (26).
 - La differenza nella attesa di vita in salute tra il quintile più ricco e quello più povero della popolazione nel 1991 è stato calcolata in 14,3 anni per gli uomini e 7,6 per le donne (17): *le persone più ricche non solo vivono più a lungo, ma trascorrono anche una proporzione significativamente più piccola della vita in disabilità*. Le misure sulla attesa di vita in salute suggeriscono

che le disparità di salute sono maggiori tra gruppi sociali che tra sessi.

- Il calcolo dei guadagni teorici nella attesa di vita in salute ipotizzando l'eliminazione di specifiche malattie ha permesso la costruzione di una classifica dell'impatto che tale eliminazione avrebbe, che non è la stessa per i due indicatori: l'ordine di importanza in termini di effetti sulla speranza di vita vede al primo posto i disturbi del sistema circolatorio seguiti dai tumori maligni e dagli incidenti, mentre per l'aspettativa di vita in buona salute troviamo al primo posto i disturbi del sistema circolatorio, i disturbi dell'apparato locomotore ed i disturbi respiratori (27, 28); entrambe le valutazioni collocano al 6° posto il contributo delle malattie mentali per le due misure.

Passando invece a considerare le relazioni tra HALE e determinanti di salute, vi è evidenza che al crescere della percentuale di spesa privata sul totale della spesa sanitaria diminuisce l'HALE, come documentato nel testo "Closing the gap" (12)

5.2) Come interpretare le variazioni in corso tra vita, salute e malattia?

Per quanto riguarda la disponibilità di un modello interpretativo dei fenomeni descritti, una prima rassegna della letteratura (29) evidenzia che diverse teorie si sono confrontate in passato per interpretare i profondi mutamenti riguardanti la sfera della mortalità e della salute:

- Gruenberg (30) e Kramer (31) hanno sostenuto che l'allungamento della vita è attribuibile ai formidabili progressi nelle cure sanitarie che lascerebbe inalterata

l'incidenza della morbosità e il suo profilo per età, riducendo solo la letalità;

- secondo Fries (32) l'allungamento della vita è stato prodotto da una riduzione del rischio di contrarre malattie provocando l'aumento della proporzione di anni vissuti in buona salute e permettendo così agli individui di vivere più a lungo, mentre l'età al manifestarsi di problemi di salute o mancanza di autonomia verrebbe spostata sempre più in avanti (*teoria della compressione della morbosità*);
- un terzo approccio che cerca di coniugare i due precedenti è quello di Manton (33) secondo cui la compressione della cattiva salute sarebbe avvenuta per le patologie più gravi e invalidanti, mentre si dovrebbe parlare di espansione della cattiva salute per le malattie meno gravi e la disabilità lieve. Tutto ciò sarebbe il risultato del progresso medico che ha permesso di rallentare la degenerazione dei processi morbosi verso gli stadi più gravi e debilitanti. Di conseguenza, si sarebbe registrato un forte aumento della prevalenza delle malattie e del tempo che ciascuno trascorre in condizioni di cattiva salute da quando le malattie croniche, a lungo decorso, sono divenute le protagoniste assolute della mortalità nei paesi sviluppati, soppiantando quelle infettive e letali che conducevano rapidamente alla morte (*teoria dell'espansione della morbosità*).

Alla luce delle letture possibili ed in base ai dati esaminati, sarebbero in corso alcuni macro processi tra cui:

- l'aumento dell'attesa di vita alla nascita è molto influenzato in primo luogo dal miglioramento generale delle condizio-

- ni riproduttive e della salute perinatale (che a loro volta risentono della minore fecondità) e da una riduzione della letalità delle malattie cronico degenerative dovuta ai formidabili progressi nella cure sanitarie, ampiamente accessibili negli ospedali degli stati con servizio sanitario;
- l'aumento dell'attesa di vita a 65 anni è verosimilmente influenzato sia dalla già citata riduzione della letalità delle malattie cronico-degenerative, sia dalla relativa omeostasi reddituale ancora consentita da un sistema pensionistico che ha garantito alle gran parte delle coorti di anziani interessate (soprattutto quelle più anziane) i benefici del sistema retributivo;
 - la diminuzione dell'attesa di vita in buona salute alla nascita si accompagna ad una maggiore frequenza e più precoce insorgenza di definite malattie cronico degenerative (27, 28), dove, oltre alle esposizioni a fattori di rischio volontari individuali potrebbero avere un ruolo sia l'erosione dei redditi cui le coorti in particolare "più giovani" sono esposte a causa dei processi di distribuzione regressiva della ricchezza in atto dal 1980 ad oggi, resa ancora più regressiva dalla crisi economica la cui gestione drena redditi dai poveri verso i ricchi (34), che le esposizioni involontarie collettive al rilevante carico chimico globale di sostanze epigenotossiche (35) e Sregolatori del sistema endocrino (36), capaci di determinare quote rilevanti di morbosità da degrado ambientale diffuso;
 - la diminuzione dell'attesa di vita in buona salute a 65 anni potrebbe essere il ri-

flesso di condizioni di salute già intaccate dai fattori sopra richiamati.

Il combinato disposto tra la prevalenza delle malattie cronico degenerative, un assetto societario che privilegia la distribuzione regressiva della ricchezza, esposizioni diffuse ad inquinanti ambientali ed a fattori di rischio comportamentali starebbe determinando l'aumento misurato della prevalenza delle malattie e del tempo che ciascuno trascorre in condizioni di cattiva salute, confermando lo scenario formulato da chi, come Manton (33) ha ipotizzato una espansione della morbosità.

5.3) Come vanno gestite le variazioni in corso tra tempo di vita, vita in salute e vita in malattia?

Se le disgiunzioni in corso tra tempo di vita, vita in salute e vita in malattia sono interpretabili solo in base ad ipotesi, più consistenti sono le evidenze sulla gestione efficace e sostenibile di una società in cui "si vive di più e peggio", che, per quanto riguarda *gli approcci efficaci e sostenibili alla prevenzione e presa in carico del carico globale comportato dalle malattie cronico degenerative* depongono:

- contro il ricorso a sistemi privatistici di assistenza⁷, costosi, iniqui, inefficienti (37) e insostenibili proprio alla luce dell'aumento della attesa di vita, un fenomeno che prolunga anche il periodo di esigibilità delle rendite pensionistiche

7. Le evidenze su inefficacia e insostenibilità della gestione privata dei servizi da un punto di vista di popolazione sono molto potenti in quanto non esistono studi epidemiologici che ne dimostrino non tanto la superiorità, ma nemmeno la non inferiorità

e produce forti criticità per i trattamenti integrativi, poco o per nulla remunerativi per gli investitori, salvo quelli rivolti alla fascia più ricca di popolazione, che in ogni caso è quella che ne avrebbe meno bisogno.

- contro la tendenza a concentrare negli ospedali, pur pubblici, la risposta sanitaria, in quanto costosa, efficace più sul versante della sopravvivenza che su quella della riduzione della morbosità e quindi non sostenibile di per sé (38): seri allarmi sono stati formulati dalla stessa OMS sulla sostenibilità del ricorso alle cure ospedaliere, ancorché pubbliche, in tale contesto demografico epidemiologico, mentre sempre l'OMS evidenzia la necessità di potenziare sia la prevenzione primaria abbattendo le esposizioni involontarie e volontarie a fattori di rischio noti e prevenibili sia l'assistenza primaria, cioè quel sistema di cure territoriali basate su medicina di iniziativa e servizi socio sanitari capaci di rispondere ai problemi di salute prevalenti, garantendo equità nella salute e collettività sane.
- per un ottimo rapporto costo efficacia della strategia delle Primary health care (38) nelle versioni già declinate dall'OMS nel tempo (39) e approfondite nei contesti dei paesi occidentali da applicazioni quali il Chronic care model e da modelli analoghi o equipollenti (40, 41): purtroppo i tentativi di rafforzare i sistemi di cure territoriali sono disarticolati dal costante definanziamento cui è sottoposto in Italia il servizio sanitario, mentre il Piano della Prevenzione 2015-2018 non

sembra tenere adeguatamente conto delle nuove conoscenze scientifiche in tema di ambiente e salute.

Detto ciò, sono da indagare le variazioni osservate negli indicatori della attesa di vita in salute alla nascita ed a 65 anni nei vari paesi europei; se l'adesione all'area Euro o all'Unione Europea sembrano non essere determinanti quanto la presenza di un forte sistema di welfare, pure molti fenomeni osservati non trovano piena e soddisfacente spiegazione e si avvarrebbero di ulteriori indagini sui determinanti della salute nei diversi paesi, non essendo chiaro il perché della eterogeneità osservata soprattutto riguardo alla attesa di vita in salute.

Infine restano alcuni interrogativi sul significato delle misure HALE prodotte dall'OMS (7), che vengono pubblicate in forma molto aggregata, senza valori distinti tra i due sessi e senza un trend che permetta di interpretare tendenze⁸, con il rischio di sovrastimarle, soprattutto nei paesi non EU né OCSE. Una enfaticizzazione a supporto degli sforzi necessari per il raggiungimento degli obiettivi del millennio ONU? Leggendo che in Burkina Faso ci sarebbe una attesa di vita senza disabilità pari a 51 anni, quando l'Istituto di Statistica burkinabe ha calcolato in base all'ultimo censimento 2006 una attesa di vita oscillante tra 44-46 anni (43), ci si chiede se dietro la diffusione di tali misure ci siano ancora una volta interessi particolari (44, 45).

8. Studi su misure dell'HALE per i due sessi nel 1990 e nel 2010 sono stati pubblicati da Murray e Lopez nel 2012 su Lancet (42).

BIBLIOGRAFIA

1. WHO (2015) http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2015_Part2.pdf?ua=1 . Accesso del 30 maggio 2015.
2. Eurostat (2015): <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.dotab=table&plugin=1&pcode=tsdph100&language=en> Accesso del 30 maggio 2015
3. ISTAT La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi. Report del 24 dicembre 2013. Roma: ISTAT; 2013.
4. ISTAT Rapporto BES. Roma: ISTAT; 2014.
5. ISTAT Rapporto annuale 2015. La situazione del Paese. Roma: ISTAT; 2015.
6. Fumagalli A, Mezzadra S. Crisi dell'economia globale. Mercati finanziari, lotte sociali e nuovi scenari politici. Verona: Ombrecorte – Uninmade ed; 2009.
7. WHO Methods for life expectancy and healthy life expectancy Department of Health Statistics and Information Systems WHO, Geneva March 2014 Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2014.5.Geneva:WHO; 2014
8. WHO Social determinants of health: the Solid facts. Second edition". Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
9. Berger N, Van Oyen H1, Cambois E, Fouweather T, Jagger C, Nusselder W, Robine JM. Assessing the validity of the Global Activity Limitation Indicator in fourteen European countries. BMC Med Res Methodol. 2015; Jan 2; 15:1. DOI: 10.1186/1471-2288-15-1.
10. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, Robine JM, the EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis; 2008. www.thelancet.com Published online November 17, 2008; DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61594-9.
11. Brooks-Wilson Angela R. Genetics of healthy aging and longevity. Hum Genet 2013; 132: 1323-1338; DOI 10.1007/s00439-013-1342-z
12. CSDH Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
13. Seifarth JE, McGowan CL, Milne KJ. Sex and life expectancy. Gend Med. 2012; Dec 9(6):390 - 401. doi: 10.1016/j.genm.2012.10.001. Epub 2012 Nov 17.
14. Vina J, Gambini J, Lopez-Grueso R, Abdelaziz KM, Jove M, Borras C. Females live longer than males: role of oxidative stress. Curr Pharm Des. 2011; Dec 1; 17(36):3959-65.
15. Avendano M Kawachi I. Why do Americans have shorter life expectancy and worse health than people in other high-income countries? Annu Rev Public Health. 2014; 35: 307-325. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182411.
16. Marmot M, Feeney A. General explanations for social inequalities in health. IARC Sci Publ. 1997; (138):207-28.
17. Wilkins R, Adams OB. Health expectancy in Canada, late 70's: demographic, regional and social dimension. Am J Pub Health 1983; 73: 1073-80.
18. Van Oyen H, Van der Heyden J, Perenboom R, Jagger C. Monitoring population disability: evaluation of a new Global Activity Limitation Indicator (GALI). Som Preventivmedel. 2006; 51:153-61.
19. Tubeuf S, Jusot F, Devaux M, Sermet C. Social Heterogeneity in Self-reported Health Status and Measurement of Inequalities in Health. Paris: Ird-es; 2008
20. Cambois E, Robine JM, Mormiche P. Did the prevalence of disability in France really fall sharply in the 1990s? Popul (Engl edition) 2007; 62:313-37. DOI: 10.3917/pope.702.0313. doi: 10.3917/pope.702.0313.
21. Jagger C, Gillies C, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, Robine JM. The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries. J Clin Epidemiol. 2010; 63: 892-9. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2009.11.002.
22. Fouweather T, Gillies C, Wohland P, Van Oyen H, Nusselder W, Robine JM, Cambois E, Jagger C. Comparison of socio-economic indicators

- explaining inequalities in Healthy Life Years at age 50 in Europe: 2005 and 2010. *Eur J Public Health*. 2015; Apr 14. pii: ckv070. [Epub ahead of print]
23. Robine JM, Ritchie K (1991) Healthy life expectancy: evaluation of global indicator of change in population health. *BMJ* 1991; 302: 457-460.
 24. Case A, Paxson C. Sex differences in morbidity and mortality. *Demography* 2005; 42:189-214. DOI: 10.1353/dem.2005.0011
 25. Oksuzyan A, Petersen I, Stovring H, Bingley P, Vaupel JW, Christensen K. (2009) The male-female health-survival paradox: a survey and register study of the impact of sex-specific selection and information bias. *Ann Epidemiol*. 2009; 19:504-511. DOI: 10.1016/j.annepidem.2009.03.014.
 26. Van Oyen H1, Nusselder W, Jagger C, Kolip P, Cambois E, Robine JM. Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the "health-survival" paradox. *Int J Public Health*. 2013; Feb; 58(1):143-55. DOI: 10.1007/s00038-012-0361-1. Epub 2012 May 22.
 27. Colvez A, Blanchet M. Potential gains in life expectancy free of disability: a tool for health planning. *Intl Epidemiol* 1983; 12:224-9.
 28. Conseil des Affaires Sociales et de la Famille. *Durée ou qualité de la vie?* Quebec: Les Publications du Quebec; 1983.
 29. Lanari D, Minelli M. Salute e qualità della sopravvivenza in Europa. *Sistema salute. La Rivista Italiana di educazione sanitaria e promozione della salute* 2012; 55, 1:10-21.
 30. Gruenberg EM. The failure of success *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health Soc*. 1977; 55: 3-24.
 31. Kramer M. The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatr Scand* 1980; 62: 282-297.
 32. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity" *N. Eng. J. Med* 1980; 303: 130-135.
 33. Manton KG. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population, *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health Soc* 1982; 60: 183-244.
 34. Picketti T. *Le capitalisme dans le XXI siècle*. Paris: Edition du Seuil; 2015.
 35. Sahu SC. *Toxicology and Epigenetics*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012.
 36. WHO/UNEP) 2013. *The State-of-the-Science of Endocrine Disrupting Chemicals – 2012* (Bergman Å, Heindel JJ, Jobling S, Kidd KA, Zoeller RT, eds). Geneva:UNEP/WHO; 2013 Available: <http://www.who.int/ceh/publications/endocrine/en/index.html>
 37. CSDH Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
 38. WHO *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: World Health Organization; 2008.
 39. WHO *L'assistenza sanitaria di base*. Atti della Conferenza di Alma Ata 6-12 settembre 1978. Quaderni del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed; 1978.
 40. Laurent M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of Doctors by Nurses in Primary Care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; April: DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2
 41. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, Maryniuk MD, Siminerio L and Vivian E. Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics" *Diabetes Care* 2015; DOI: 10.2337/dc15-0730
 42. Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, Murray CJ. (2012) Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *The Lancet* 2012; Dec 15; 380 (9859):2144-62. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61690-0.
 43. Institut national de la statistique et de la démographie (INSD) *Annuaire statistique* 2013. Ouaga, Burkina Faso: Ministère de l'économie et des

- finances, Secrétariat général, Institut national de la statistique et de la démographie; 2014
44. Fabbri A, Di Girolamo C. La riforma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità tra passato, presente ed un futuro incerto. *Sistema salute. La Rivista Italiana di educazione sanitaria e promozione della salute* 2014; 58, 4:409-418.
45. People Health Movement. Medact, Health Action International Medico International, Third World Network. *Global Health Watch 4. An alternative world health report*. London: Zed Books; 2014.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno