

*Rivista Scientifica*

# *Igiene e Sanità Pubblica*

*fondata nel 1945 da Gaetano Del Vecchio  
già diretta da Gaetano e Vittorio Del Vecchio*



*Custodit vitam qui custodit sanitatem  
Sed prior est sanitas quam sit curatio morbi  
(Flos Medicinae Scholae Salerni)*

---

## **ESTRATTO**

**in formato elettronico autorizzato dagli Autori e dall'Editore**

*Elio Guzzanti, Isabella Mastrobuono, Daniele Bova*

***Gli anziani e la non autosufficienza:  
una sfida sanitaria, sociale e finanziaria***

---

*Periodico bimestrale*

*Volume LVIII - N. 6 - Novembre / Dicembre 2002*

*IgSanPubbl - Issn 0019-1639*

*www.igiene.org*

---

# *Igiene e Sanità Pubblica*

---

Direttore Responsabile  
**Augusto Panà**

Direttore Editoriale  
**Armando Muzzi**

Redazione  
Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva  
Università di Roma Tor Vergata

Capiredatore  
Giuseppe Cananzi, Elisabetta Franco

Coordinatore  
Natalia Buzzi

Comitato Scientifico  
Giovanni Berlinguer, Antonio Boccia,  
Vittorio Carreri, Gaetano M. Fara,  
Bertram Flehmig, Giuseppe Giammanco,  
Antonino Gullotti, Elio Guzzanti,  
Alessandro Maida, Marck McCarthy,  
Cesare Meloni, Bruno Paccagnella,  
Walter Ricciardi, Gianfranco Tarsitani,  
Giancarlo Vanini

Segreteria di Redazione  
Iolanda Mozzetta, Vito Cerullo

Redazione Sito Internet  
Giulia Zamponi

Traduzioni a cura di  
Henrike Berg, Steffen P. Berg, Ilaria Restifo

Impaginazione e Grafica  
Ornella Fassio

*Norme editoriali in 3<sup>a</sup> di copertina.*

Hanno collaborato a questo numero  
C. Bertoncello, D. Bova, A. Burgio,  
D. Burrini, L. Dalla Torre,  
A. D'Errico, M. Divizia, D. Donia,  
L. Emberti Gialloreti, G. Guidotti,  
E. Guzzanti, G. Liotta, E. Lupi,  
M.C. Marazzi, V. Marin,  
I. Mastrobuono, A. Muzzi, P. Narciso,  
L. Palombi, A. Panà, B. Perito,  
F. Perno, M.T. Tamburrano,  
S. Vella, C. Zocchetti

---

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA È INDICIZZATA SU MEDLINE E INDEX MEDICUS.

---

## **Garanzia di riservatezza**

Il trattamento dei dati personali che riguardano Autori e Abbonati viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge n. 675 del 1996 sulla Tutela dei dati personali. I dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi l'Autore o l'Abbonato potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'Editore.

---

Igiene e Sanità Pubblica - Periodico bimestrale a carattere scientifico  
Reg. Trib. di Roma n. 4198 del 19.10.1954

Proprietà artistica e letteraria riservata

Realizzato con il contributo dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata  
Accreditato SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

---

## ***Gli anziani e la non autosufficienza: una sfida sanitaria, sociale e finanziaria***

Elio Guzzanti <sup>(1)</sup>, Isabella Mastrobuono <sup>(2)</sup>, Daniele Bova <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Docente di Organizzazione sanitaria

<sup>(2)</sup> Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata, Roma

**Parole chiave** *Invecchiamento demografico; Longevità; Finanziamento; Fondi sociali e sociosanitari.*

**Riassunto** Per effetto dell'invecchiamento demografico che caratterizza l'Italia, così come la maggior parte dei paesi industrializzati, aumenta a ritmi crescenti il numero di persone anziane con problemi di non autosufficienza e disabilità medio/grave, con conseguenze rilevanti sulla spesa sanitaria e sociosanitaria. Per fronteggiare tale situazione gli attuali Governi devono percorrere parallelamente due strade: 1. devono agire sulle modalità di offerta assistenziale, ricercando modelli organizzativi che perseguano non solo l'obiettivo dell'efficacia, ma che siano improntati secondo criteri anche di efficienza ed appropriatezza; 2. devono agire strutturalmente sui sistemi di finanziamento, adottando interventi che mirino ad indirizzare le risorse private, canalizzandole e favorendo alcune fonti di finanziamento attraverso meccanismi di incentivazione fiscale.

### **Elderly People and their lack of self-sufficiency: a socio-economic health challenge**

**Keywords** *Population ageing; Longevity; Funding; Social and socio-health funds.*

**Summary** Due to the current population ageing in developed countries, the number of seriously disabled elderly people is on the rise, with a remarkable impact on health and socio-health public expenditure. In order to face such situation, governments should take two parallel roads: 1) adopting new models of health care offers through organizational schemes aimed at achieving not only effectiveness but also efficiency and compliance; 2) adopting new funding patterns, capable of fostering private resources through fiscal incentives.

### **Les personnes âgées et leur manque d'autosuffisance : un défi sanitaire, social et financier**

**Mots-Clé** *vieillissement démographique; longévité; financement; fonds sociaux et fonds sociosanitaires*

**Résumé** A cause du vieillissement démographique qui affecte tous les pays industrialisés, le nombre des personnes âgées qui ne suffisent pas à eux même s'accroît constamment, ayant un impacte remarquable sur les dépenses sanitaires et sociosanitaires. Afin de faire face à cette situation, les gouvernements n'ont qu'à choisir deux voies parallèles : 1) adopter des nouveaux modèles d'offre sanitaire, visés non seulement à l'achèvement de l'efficacité, mais aussi de l'efficience et de la conformité; 2) adopter des nouveaux schémas de financement, capables de promouvoir les ressources privées par le biais d'encouragements fiscaux.

**Fortgeschrittenes Alter und Selbstständigkeit: eine medizinische, soziale und finanzielle Herausforderung**

**Schlüsselwörter** *Altern der Bevölkerung; Langlebigkeit; Finanzierung; Sozial- und gesundheitspolitische Quellen.*

**Zusammenfassung** Entsprechend der demografischen Altersstruktur Italiens steigt, ebenso wie in anderen Industrieländern, die Zahl älterer Menschen mit mittelschweren bis erheblichen Problemen der selbstständigen Lebenshaltung und mit somatischen Behinderungen zunehmend, was relevante Konsequenzen für den Kostensektor im Gesundheitswesen hat. Um dieser Situation Herr zu werden, muß die Verwaltung folgende Wege parallel verfolgen: 1. Es muß eine Einwirkung auf die medizinischen Hilfsangebote in dem Sinne erfolgen, daß organisatorische Modelle entwickelt werden, die nicht nur dem Ziel der medizinischen Indikation folgen, sondern auch nach Kriterien der Leistungsfähigkeit und Eignung orientiert sind. 2. Es muß eine strukturelle Einwirkung auf die Finanzierungssituation stattfinden mit dem Ziel, private Ressourcen zu mobilisieren und weitere Finanzierungsquellen durch Anregung neuer fiskalischer Mechanismen zu erschließen.

La longevità, cioè una durata della vita notevolmente superiore alla media, è un fenomeno che caratterizza tutti i paesi industrializzati, quale conseguenza della evoluzione sociale, quindi delle condizioni di vita, abitative e di lavoro, ma anche del progresso della medicina, sia per quanto riguarda la sanità pubblica che per gli aspetti scientifici, clinici e tecnologici.

Tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo, infatti, la speranza di vita alla nascita passava in Italia da 35 a 43 anni soprattutto per la validità degli interventi di sanità pubblica. Successivamente sono stati i successi nella lotta contro la mortalità infantile a far compiere ulteriori progressi verso la longevità, come dimostra la comparazione dei 991.000 nati in Italia nel 1932, ma con una mortalità infantile di 110,5 per mille, rispetto ai 931.016 nati nel 1951, con una mortalità infantile ridotta a 66,1 per mille. Negli ultimi quarant'anni, però, la longevità è da attribuire in gran parte ai progressi della medicina preventiva e curativa ed alla riabilitazione, in particolare per quanto riguarda le malattie cardiovascolari, compreso l'ictus cerebrale.

Attualmente la speranza di vita alla nascita è in Italia di 82,4 anni per le femmine e di 76,3 per i maschi, con una speranza di vita a 65 anni che è di 20,5 anni per le femmine e 16,5 per i maschi. Tutto questo, che fa dell'Italia uno dei Paesi più vecchi del mondo, è stato ottenuto con la prevenzione collettiva ed attraverso misure riferite ai comportamenti individuali, ma anche con prestazioni ospedaliere su persone anziane con esiti, grazie al progresso scientifico e clinico, in altri tempi non raggiungibili.

Una conseguenza della longevità è, però, la presenza crescente di diverse malattie e condizioni croniche, spesso contemporaneamente presenti nella medesima

persona. Questa presenza è tale da mettere a rischio la più significativa delle condizioni che caratterizzano una buona qualità di vita, cioè l'indipendenza, intesa come la capacità di svolgere autonomamente le normali attività della vita quotidiana.

Una certa percentuale di anziani, in particolare quelli che hanno superato gli 85 anni, in ogni Paese presentano problemi psico-fisici e sociali tali da renderli non autosufficienti, in modo temporaneo o permanente ed in grado moderato o molto grave. La sfida sanitaria e sociale che è di fronte a noi è quella di trovare un giusto equilibrio tra le misure sanitarie, sociali e finanziarie e tradurre questo equilibrio in una precisa linea politica, così da affrontare la longevità con realismo per le grandi prospettive che ci apre e per le inevitabili ombre che l'accompagnano.

Le conseguenze dell'invecchiamento demografico in termini di cronicizzazione delle patologie ed aumento dei casi di non autosufficienza e disabilità medio-grave impongono ai Governi dei Paesi occidentali almeno due linee di azione. Da una parte, una riorganizzazione del sistema dell'offerta assistenziale sulla base di alcuni requisiti indispensabili quali il potenziamento dei servizi del territorio, l'integrazione tra ospedale e territorio e lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi che garantiscano la continuità assistenziale secondo un approccio multidisciplinare <sup>(a)</sup>. Dall'altra tali Governi debbono realizzare un ripensamento dei sistemi di finanziamento per il reperimento delle risorse necessarie a soddisfare una domanda sempre crescente di servizi sanitari e sociosanitari.

Il crescente fabbisogno assistenziale da parte degli anziani ed in particolare delle persone molto anziane, cioè di 85 anni ed oltre, ha determinato negli ultimi decenni e in molti Paesi un'inversione di tendenza nella programmazione sanitaria: una progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri per acuti a favore di quelli per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie e l'aumento della quota di spesa sanitaria pubblica destinata ai servizi del territorio ed in genere a tutte le prestazioni che incidono sul sociale, come le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

Da questo punto di vista l'Italia presenta un sistema, tanto pubblico quanto privato, insufficiente e certamente inadeguato a far fronte ai problemi connessi alla non autosufficienza. Si tratta di un evidente ritardo rispetto ad altri Paesi non solo per quanto riguarda la dotazione di posti letto ospedalieri destinati alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie, ma anche per quanto riguarda i

posti letto in residenze assistenziali e sanitarie assistenziali. È poi carente tutta la rete dei servizi territoriali, cioè tutte le prestazioni, le attività e i servizi sociosanitari rivolti alle persone parzialmente o completamente non autosufficienti, prevalentemente, ma non esclusivamente anziani, anche se sono stati attivati in molte Regioni italiane, ma in maniera limitata, i servizi di assistenza domiciliare, integrata e non, i centri diurni integrati, le misure per rendere adeguate all'assistenza domiciliare le abitazioni non idonee, le tecnologie che favoriscono la permanenza al domicilio, come il telesoccorso/assistenza, nonché i provvedimenti di sostegno alle famiglie.

Individuare le tipologie di prestazioni che devono essere erogate nei confronti delle persone anziane e non autosufficienti, al di fuori del settore ospedaliero, presuppone una definizione il più possibile chiara del concetto di non autosufficienza, operazione, peraltro, alquanto difficile e complessa. Questo concetto è legato certamente allo stato di salute ed all'età della persona e si esprime nella incapacità totale o parziale, transitoria o permanente, di compiere le normali azioni della vita quotidiana. È legato tuttavia anche a necessità di natura economica e sociale, vale a dire un reddito adeguato, un'abitazione ed un ambiente di vita sicuri, accessibili, una rete sociale in grado di proteggere l'individuo e di garantirne il migliore stato possibile di benessere psicofisico. Tanto in ambito sanitario così come nel settore sociale e dell'assistenza ai non autosufficienti è quindi difficile arrivare ad un'elencazione dettagliata e completa delle prestazioni, delle attività e dei servizi che si vogliono erogare e determinare a priori quante risorse occorrono per far fronte alla non autosufficienza. È comunque evidente che la quota di spesa pubblica destinata alle persone non autosufficienti e disabili è davvero limitata, finendo così per gravare sui familiari il carico dell'assistenza.

Passi avanti, comunque, ne sono stati fatti. Ad esempio con la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (legge n. 328 dell'8 novembre 2000) si stabilisce che la definizione dei livelli assistenziali sia contestuale a quella delle risorse da assegnare al *Fondo nazionale per le politiche sociali*, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate alla spesa sociale dalle regioni e dagli enti locali, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica dal documento di programmazione economico-finanziaria. In realtà, va rilevato che non solo tale fondo è decrescente negli anni <sup>(b)</sup>, ma anche che solo una parte di esso è destinata a finanziare le attività rivolte alla

non autosufficienza: da quanto emerge dal *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003*, i fondi destinati a tale scopo ammonterebbero a poche centinaia di milioni di euro.

Vanno considerate anche le altre fonti di finanziamento della rete dei servizi sociali e socio-sanitari: gli assegni ed indennità previste dalle normative nazionali vigenti (indennità di accompagnamento, pensioni ai non vedenti, sordomuti, invalidi civili...) per un controvalore complessivo pari a circa 15 miliardi di euro; i finanziamenti impegnati dai Comuni, che il Cnel nel 1998 stimava pari a 6.260 miliardi di lire, anche se mancano stime complete ed aggiornate della spesa aggregata dei Comuni.

L'ammontare delle risorse disponibili in questo settore, anche considerando le somme aggiuntive derivanti da contributi e donazioni disposti da privati, enti, fondazioni, organizzazioni, anche internazionali e da Organismi dell'Unione europea, risulta di gran lunga inferiore rispetto alla dotazione di altri Paesi europei (Regno Unito, Germania, Francia).

Un ulteriore elemento di difficoltà nell'accesso ai servizi previsti dalla citata legge quadro 328 del 2000 è rappresentato dal fatto che, secondo quanto stabilito dalla legge medesima, condizione per il godimento del diritto alle prestazioni sociali è il possesso di un reddito inferiore ad una determinata soglia. A tale riguardo, va precisato che non esistono tra i Comuni italiani criteri uniformi nella valutazione del reddito, il cosiddetto indicatore di situazione economica (ISE), nella determinazione delle soglie di reddito e nella valutazione dello stato di bisogno, con il rischio di escludere alcuni anziani perché aventi un reddito appena superiore alla soglia prevista e, comunque, sulla base di requisiti non oggettivi e difformi nel territorio nazionale.

Rispondere in modo efficace al problema della non autosufficienza significa, quindi, agire parallelamente su due versanti: da un lato, migliorare la qualità e la quantità dei servizi offerti, selezionando l'esistente secondo la tipologia di servizi da rendere e creando nuovi servizi e strutture, dall'altro, pensare a nuove modalità di finanziamento della rete dei servizi sociali e socio-sanitari.

Per quanto riguarda questo secondo aspetto, in Italia si potrebbe ricorrere ad un aumento dei finanziamenti pubblici, sia per la sanità che per i servizi sociali, sempre che questo risulti compatibile con la presente congiuntura economica e con gli obblighi che derivano al Paese dalla sua appartenenza all'Unione europea, anche per quanto riguarda la spesa pubblica.

Qualora questo non fosse possibile, occorre allora ripensare l'intero sistema, individuando nuove forme e modalità che consentano di affrontare i problemi dell'invecchiamento demografico a tutti i livelli, sanitario, sociale, finanziario. Per quanto riguarda i sistemi di finanziamento, emerge dall'analisi dei dati sulla composizione della spesa sanitaria e sociosanitaria, che l'Italia presenta un'alta percentuale di spesa privata in questi settori (28,1%), terzo valore al mondo secondo le ultime statistiche ufficiali <sup>(1)</sup>, dopo gli Stati Uniti (55,2%) e il Canada (29,9%) e, di tale spesa, ben l'87,2% è out-of-pocket, cioè pagata direttamente dai cittadini, il valore più alto al mondo.

Questi dati sono indicativi della necessità di orientare ed organizzare in senso strutturale questa componente privata della spesa sanitaria e sociosanitaria, incentivando e sostenendo nuove fonti di finanziamento. L'Italia potrebbe trarre spunto dall'esperienza di altri Paesi, ad esempio dalla Germania che nel 1995 ha istituito un fondo per l'Assicurazione obbligatoria per la non autosufficienza, i cui assistiti sono attualmente 1.868.000 (14% degli anziani). La sua introduzione, peraltro, ha sollevato una serie di forti critiche da parte sia dei lavoratori, ai quali spetta il pagamento della metà dei contributi previsti, sia dei datori di lavoro per l'elevarsi del costo del lavoro, sia della Chiesa, per l'abolizione di una festività religiosa nel 1995 e di una seconda nel 1996. I contributi per i lavoratori sono stabiliti attualmente nell'1,7% delle retribuzioni, per un ammontare di 30 miliardi di marchi, ma è previsto che nel 2035 i contributi saliranno al 3,5%. Il trasferimento del modello tedesco in Italia appare poco probabile, sia per motivi di natura politica e sociale, sia per le conseguenze derivanti dall'aumento del costo del lavoro, e risulta quindi doveroso pensare ad un mix di interventi e soluzioni che coinvolgano tanto schemi pubblici quanto schemi privati, e che prevedano meccanismi di finanziamento sia a ripartizione che a capitalizzazione. Accanto ad un Fondo pubblico ed a fondi sociali e sociosanitari basati sul meccanismo a ripartizione, sembra utile pensare anche a strumenti finalizzati alla tutela contro il rischio di non autosufficienza, che consentano di canalizzare risorse pubbliche e private e di trasferirne i vantaggi nel tempo attraverso le potenzialità offerte dal meccanismo a capitalizzazione. Dovrebbe essere favorita la responsabilizzazione individuale, sostenendo fiscalmente i contratti volontari individuali, ma soprattutto devono essere ricercati strumenti che sostengano la dimensione collettiva, prevedendo, per esempio, polizze di gruppo che consentano

la socializzazione dei rischi e la riduzione dei problemi di selezione sfavorevole per le compagnie assicurative con conseguenti costi minori per gli assicurati. La dimensione collettiva può essere organizzata sia per categorie di occupazione che su base territoriale, per esempio regionale, anche in considerazione della forte tendenza federalista in ambito sanitario e assistenziale.

I fondi sociali e sociosanitari <sup>(2)</sup> possono avere un ruolo determinante anche per far fronte al problema della non autosufficienza, ma devono essere supportati da una serie di azioni ed interventi: opportuni incentivi fiscali; misure volte a favorire lo sviluppo delle organizzazioni non profit e di tutte le realtà esistenti nel settore e la loro promozione/informazione; la predisposizione di progetti regionali per l'individuazione di linee guida e regolamenti ed il loro inquadramento nell'ambito dei contratti collettivi di lavoro, nazionali e locali; l'estensione degli ambiti applicativi e delle prestazioni tutelate; la revisione del principio di accreditamento per consentire, per esempio, alle strutture autorizzate ma che non operano per conto e a carico del Ssn, di erogare prestazioni, servizi e attività per conto e a carico di Enti mutualistici.

I fondi sociali e sociosanitari, studiando opportuni meccanismi, potrebbero consentire il collegamento assicurativo dei settori sanitario e sociale/sociosanitario. Per favorire la costituzione di fondi su base collettiva per la *long-term care* (LTC), cioè l'assistenza con prospettive di lungo periodo, si potrebbe pensare di individuare specifici pacchetti di prestazioni finanziati su base collettiva/aziendale con contributi fiscalmente agevolati da parte dei datori di lavoro e con copertura garantita tanto ai dipendenti (per servizi, prestazioni e attività escluse dai LEA o comunque erogati con limitazioni) quanto ai loro familiari anziani (per la tutela contro il rischio di non autosufficienza).

Potrebbero essere studiate, inoltre, formule che consentano di collegare i fondi pensione a polizze integrative LTC di gruppo, prevedendo la possibilità che il fondo pensione offra ai propri beneficiari una polizza integrativa LTC di gruppo. Tali polizze potrebbero essere sottoscritte attraverso due modalità, anche cumulabili: 1) premi mensili durante l'età lavorativa stabilendo il vincolo per l'aderente a continuare i pagamenti dopo l'eventuale trasferimento ad altro fondo pensione, anche usando gli accantonamenti TFR, fiscalmente incentivati; 2) premio unico al momento del pensionamento per l'acquisto di una polizza LTC secondo le condizioni stabilite dal fondo pensione.

Per garantire la sostenibilità finanziaria del sistema, si potrebbe stabilire per i soggetti che operano nel settore, cioè le assicurazioni private su base collettiva e tutte le organizzazioni mutualistiche, di limitare la copertura all'area dei grandi rischi, escludendo i casi di lieve non autosufficienza. Tale soluzione dovrebbe consentire di finanziare le prestazioni, le attività ed i servizi necessari, anche con il meccanismo della ripartizione, opportunamente corretto con l'accantonamento di riserve.

In conclusione, potrebbe essere necessario adottare in Italia un mix di interventi che consenta di riformare in senso strutturale oltre che la rete dei servizi, anche il sistema di finanziamento dei settori sanitario e sociosanitario, riconoscendo, comunque, ampio spazio e sostegno a tutti i fondi che si ispirano al principio di solidarietà, tanto caro alla tradizione ed alla storia del nostro Paese.

#### Note

- <sup>(a)</sup> Il DPCM del 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie" (G.U., n. 129, 6 giugno 2001, Serie Generale), fortemente voluto dalle Regioni, stabilisce che l'integrazione sociosanitaria "viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali".
- <sup>(b)</sup> La legge n. 448 del 28 dicembre 2001 *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2002)*, stabilisce che il Fondo per le politiche sociali ripreso all'art. 20 della legge n. 328 del 2000 ammonti a 1.604.813 Euro per il 2002, cifra che scende a 1.306.034 Euro nel 2003 ed a 1.202.525 Euro nel 2004.

#### Bibliografia

- <sup>(1)</sup> *The World Health Report 2001*. Statistical Annex.
- <sup>(2)</sup> Mastrobuono I, Bova D. *I livelli essenziali di assistenza e i fondi sanitari e sociosanitari, volontari, fiscalmente agevolati*. Organizzazione Sanitaria, n. 3/4, 2002.

Referente: Isabella Mastrobuono

Via Vezio Crisafulli, 22 - 00166 Roma

tel. 06-20900010 – fax 06-20900137 – e-mail [i.mastrobuono@tiscali.it](mailto:i.mastrobuono@tiscali.it)

**Editoriale****A. Panà, A. Muzzi**

- Le linee guida per la prevenzione sanitaria e per l'organizzazione del Dipartimento di prevenzione delle Asl ..... 389

**Note di Politica Sanitaria****E. Guzzanti, I. Mastrobuono, D. Bova**

- Gli anziani e la non autosufficienza: una sfida sanitaria, sociale e finanziaria ..... 393

**Parte Scientifica e Pratica****C. Zocchetti**

- Tra maschi e femmine chi consuma più risorse sanitarie? ..... 401

**A. Burgio, A. D'Errico, M.T. Tamburrano**

- Il sistema ospedaliero del Servizio Sanitario Nazionale: efficienza e appropriatezza a livello regionale ..... 413

**M.C. Marazzi, L. Palombi, L. Emberti Gialloreti, G. Guidotti,****G. Liotta, F. Perno, S. Vella, P. Narciso**

- Primi risultati del Programma DREAM (Drug Resources Enhancement against AIDS in Mozambique) in Mozambico ..... 431

**Note di Approfondimento****V. Marin, L. Dalla Torre, C. Bertonecello**

- La popolazione carceraria: aspetti normativi ed epidemiologici ed analisi della letteratura ..... 441

**D. Donia, M. Divizia, A. Panà, D. Burrini, E. Lupi, B. Perito**

- Applicazione dei parametri obbligatori ed accessori nel controllo di acque di diversa origine ..... 455

**Note di Documentazione****Conferenza Stato-Regioni:**

- Linee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali  
Repertorio Atti n. 1493 del 25 luglio 2002 (testo integrale) ..... 467

- Indice generale per Sezioni e Rubriche - Vol. LVIII* ..... 478