

A VOLTE RITORNANO

Pandemia, politiche di welfare sanitario e territorio per la gestione della riapertura

Marco Arlotti e Costanzo Ranci,
Laboratorio di Politiche Sociali,
Politecnico di Milano¹

Unità di ricerca



Con il sostegno



Stakeholders sociale



Introduzione

¹ Questa nota di riflessione, alla luce degli eventi che stanno drammaticamente colpendo il nostro paese, si colloca all'interno delle attività di ricerca svolte dai due autori nell'ambito del progetto IN-AGE (INclusive AGEing in place: Contrasting isolation and abandonment of frail older people living at home), finanziato da Fondazione Cariplo (grant n. 2017-0941). Per ulteriori informazioni e note di aggiornamento sul progetto si rimanda al sito: http://www.lps.polimi.it/?page_id=2829

Il drammatico dispiegarsi della pandemia e le sue pesanti conseguenze portano inevitabilmente ad interrogarsi sulla capacità del sistema sanitario nazionale, nelle sue articolazioni regionali, di gestire la lunga fase di contenimento che abbiamo di fronte.

Se il sistema sanitario ha giocato il ruolo principale nell'emergenza pandemica degli ultimi due mesi, è chiaro che le decisioni inerenti la sanità pubblica saranno cruciali anche per la riapertura delle attività sociali ed economiche. È infatti chiaro a tutti che, al di là delle regole di distanziamento e della disponibilità di strumenti di tracciamento individuale, la capacità di gestione del rischio sanitario giocherà un ruolo cruciale nella prolungata e sicuramente tormentata fase che abbiamo di fronte. Mai come in questo caso la tenuta del sistema sanitario diventa un elemento centrale non solo per garantire la salute pubblica, ma anche per salvaguardare e sostenere, nella misura del possibile, la ripresa economica del paese. Tanto più il sistema sanitario funzionerà bene, tanto più elevate saranno anche le chance di evitare un ritorno della pandemia e di recupero del nostro sistema economico.

Le sfide che il sistema sanitario ha di fronte sono dunque molto articolate anche nella nuova fase. Una ricalibratura sarà necessaria, e va preparata da subito. In estrema sintesi, sarà necessario passare da una visione ospedale-centrica ad una visione che attribuisce maggiore rilevanza ai servizi socio-sanitari territoriali.

La pandemia ha messo sotto pressione il sistema sanitario rispettando una sequenza abbastanza prevedibile per un sistema in larghissima parte impreparato a questa emergenza. Nella fase iniziale della pandemia è entrata in crisi soprattutto la capacità di assorbimento e trattamento dei pazienti COVID-19 nella fase acuta della malattia. Di qui l'urgenza spasmodica di aumentare molto rapidamente la disponibilità di letti negli ospedali, di mobilitare più personale medico e infermieristico, di incrementare al più presto la dotazione di terapia intensiva, di adottare misure di sicurezza negli ambienti ospedalieri. Pur se egualmente importante, la necessità di arginare da subito la diffusione del contagio attraverso test sanitari (i famosi tamponi), dispositivi di tracciamento

dell'infezione e servizi territoriali è stata fatalmente subordinata all'emergenza ospedaliera, in misura tuttavia variabile da regione a regione come vedremo. La fase successiva è stata caratterizzata dall'emergenza sanitaria sorta nelle strutture residenziali per anziani, in cui la diffusione del virus è stata accompagnata da elevatissimi tassi di mortalità: di qui la necessità di interventi volti a rafforzare le garanzie sanitarie e a tracciare la diffusione dell'infezione entro le mura di queste strutture. Infine, nella fase attuale e in quella che ci attende nel prossimo futuro, diventa centrale una terza sfida: quella di costruire un sistema di presidi sanitari territoriali in grado di monitorare e curare, in modo efficace ma anche tempestivo, la diffusione della pandemia. Senza un sistema territoriale in grado di rilevare rapidamente i contagi e sottoporre a procedure differenziate di trattamento medico e di confinamento tutti i contagiati COVID-19 (non solo i più gravi), c'è il rischio di non costruire un sistema in grado di gestire in modo tempestivo le eventuali nuove emergenze e garantire, dunque, una riapertura sufficientemente sicura sul piano sanitario delle attività nel paese. Se il sistema sanitario non sarà in grado di raccogliere questa sfida, il rischio che un'ondata di ritorno della pandemia si trasformi in una nuova tragedia sarà elevato.

La posta in gioco è dunque il rafforzamento del sistema sanitario territoriale: una sfida che vale per la fase dell'emergenza, ma che è importante anche in una prospettiva di più lungo periodo, come illustreremo più avanti.

Allo scopo di avviare una discussione pubblica sulla questione, in questa nota presentiamo un quadro empirico che mostra da un lato quali sono state le tendenze in atto nel sistema sanitario italiano per quanto riguarda l'equilibrio tra servizi ospedalieri e servizi territoriali, e dall'altro l'esistenza di situazioni diversificate tra le regioni italiane. Come vedremo, la struttura istituzionale fortemente regionalizzata del nostro sistema sanitario ha consentito che le regioni sviluppassero sistemi molto diversificati proprio nell'equilibrio tra ospedale e territorio. Vedremo anche come questi diversi equilibri sono emersi con grande chiarezza nella gestione dell'emergenza COVID-19.

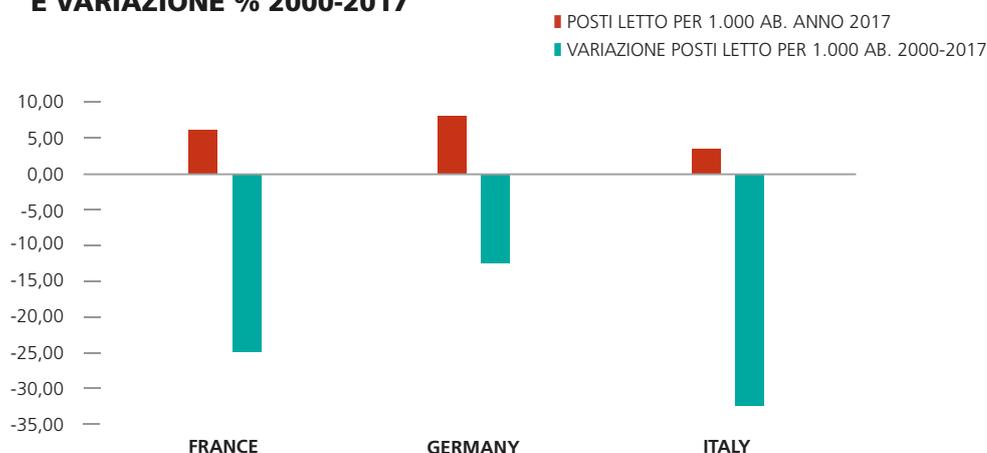
L'Italia in prospettiva comparata

Le caratteristiche peculiari e le tendenze del servizio sanitario italiano per quanto riguarda il rapporto tra sanità ospedaliera e sanità territoriale, sono osservabili su due dimensioni principali: la capacità ospedaliera e l'articolazione territoriale dei sistemi di intervento.

Per quanto riguarda la prima dimensione, un indicatore utile riguarda la dotazione di posti-letto (acuti e post-acuti) per 1.000 abitanti. Il grafico 1 riporta i valori per Italia, Francia e Germania, nonché la variazione nel periodo 2000-2017. Dal grafico emerge chiaramente come nel 2017 la dotazione di posti letto ospedalieri in Italia (3,50 per 1.000 abitanti) è appena oltre la metà di quelli esistenti in Francia (5,98 per per 1.000 abitanti) e quasi tre volte meno che in Germania (8 per 1.000 abitanti). Questa bassa performance è il risultato di una tendenza di lungo periodo, in base alla quale il nostro paese ha ridotto la sua capacità ospedaliera in una misura che non ha pari rispetto al caso francese e tedesco, pur avendo già in partenza una dotazione di posti letto più contenuta. Nell'arco di dieci anni, infatti, la dotazione è stata tagliata di oltre il 30% in Italia, del 25% in Francia e solo del 12% in Germania. L'esito è dunque non solo un forte sotto-dimensionamento dell'offerta ospedaliera rispetto agli altri grandi paesi europei, ma anche un aumento progressivo di questo gap.

FIGURA 1

**NUMERO DI POSTI LETTO OSPEDALIERI PER 1.000 AB. ANNO 2017
E VARIAZIONE % 2000-2017**



Fonte: elaborazioni su dati OECD (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#>)

È tuttavia vero che, pur rimanendo ben distanti dal caso italiano, anche Francia e Germania hanno registrato, nel corso del tempo, una certa riduzione della capacità ospedaliera. I fattori che hanno spinto verso la de-ospedalizzazione hanno a che vedere con l'aumento dei costi sanitari e la crescente centralità dei bisogni cronici nelle società occidentali, alimentati dall'invecchiamento della popolazione: bisogni che possono essere gestiti più efficacemente e più efficientemente attraverso servizi

territoriali o servizi long-term care che attraverso il ricovero ospedaliero. Tutto questo ha portato diversi paesi europei a ristrutturare i servizi sanitari lungo una direzione di alleggerimento dei servizi ospedalieri, a favore di un investimento nelle reti dei servizi territoriali e di continuità assistenziale.

Anche l'Italia ha imboccato questo percorso, seguendo tuttavia la sola direzione di ridurre la rete ospedaliera, senza sviluppare in parallelo un concomitante incremento dei servizi territoriali. Per quanto riguarda questa dimensione un indicatore utile rimanda alla spesa sanitaria pro capite dedicata ai servizi extra ospedalieri.

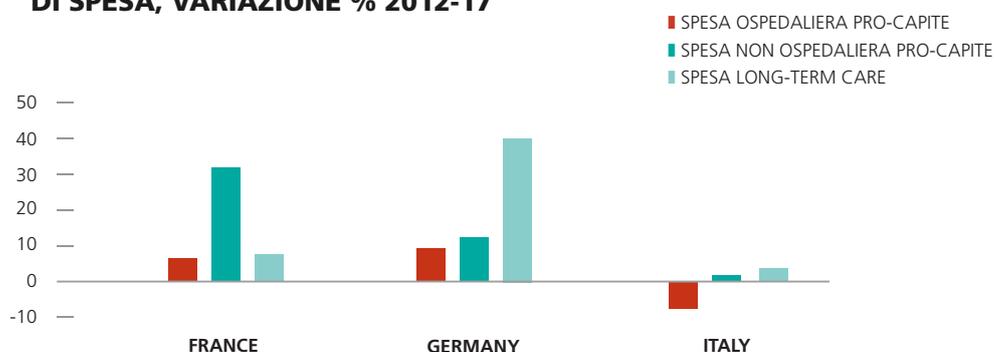
Considerando questo indicatore, i dati della figura 2 indicano chiaramente i ritardi del nostro paese negli investimenti in assistenza sanitaria territoriale. Mentre, infatti, sia in Francia che in Germania la spesa sanitaria pro-capite per servizi non ospedalieri e per servizi long-term care ha avuto un trend sensibilmente positivo nel periodo 2012-17 (+30% la spesa non ospedaliera in Francia; +40% la spesa long-term care in Germania), in Italia la riduzione della spesa ospedaliera (-7,3% in 5 anni) non è stata compensata dall'aumento peraltro molto modesto della spesa non ospedaliera (+1,7%) e di quella long-term care (+3,7%).

Altri dati specifici sul caso italiano, e relativi alle reti delle cure primarie e all'assistenza domiciliare, confermano quanto la sanità territoriale, nel corso degli ultimi vent'anni, non sia stata oggetto di investimento nel nostro paese². Il numero di Medici di base (MMG), che costituiscono il perno attorno cui ruota l'organizzazione del sistema delle cure primarie e la presenza del servizio sanitario nel territorio, è calato infatti a livello nazionale del 7% fra il 2000 e il 2017. A fronte di tale riduzione è aumentato inevitabilmente il carico assistenziale che i MMG devono gestire, come indica l'aumento, nello stesso periodo, di oltre 16 punti percentuali della quota di medici con più di 1.500 pazienti. Parimenti, anche l'assistenza sanitaria domiciliare integrata (ADI), pur entro una tendenza all'aumento della copertura, ha conosciuto una sensibile riduzione dell'intensità assistenziale: Il tempo medio mensile di assistenza ADI pro-capite è infatti passato da 24 ore nel 2000 a 20 ore nel 2017.

² In questo caso, i dati nel testo che seguono si riferiscono a nostre elaborazioni condotte su dati Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale e banca dati ISTAT *health for all*.

FIGURA 2

ANDAMENTO DELLA SPESA SANITARIA PRO-CAPITE PER COMPONENTE DI SPESA, VARIAZIONE % 2012-17



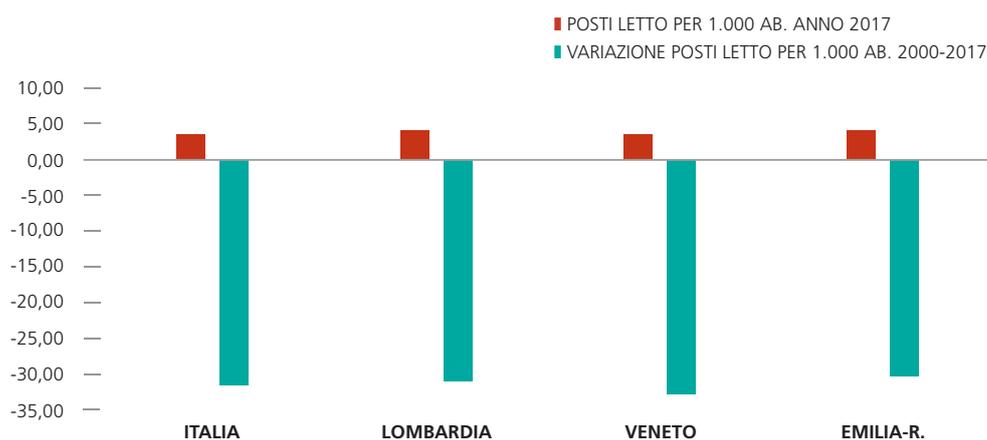
Fonte: elaborazioni su dati OECD (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#>).

Le caratteristiche dei sistemi regionali e la loro evoluzione nel tempo

La tendenza nazionale qui tratteggiata è il risultato di dinamiche parzialmente divergenti tra le regioni. Come si vede dal grafico 3, la tendenza nazionale al taglio dei posti letto ospedalieri ha investito egualmente le tre regioni principalmente interessate dalla diffusione del COVID-19: Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto.

FIGURA 3

NUMERO DI POSTI LETTO OSPEDALIERI PER 1.000 AB. ANNO 2017 E VARIAZIONE 2000-2017, REGIONI ITALIANE



Fonte: elaborazioni su dati OECD (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#>) e Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale.

Se consideriamo tuttavia gli andamenti relativi alla sanità territoriale, troviamo tendenze differenziate tra le regioni. In Veneto ed Emilia-Romagna la contrazione del sistema delle cure ospedaliere (sostanzialmente in linea con il dato nazionale) è stata in parte controbilanciata da un taglio meno sostenuto nel numero dei MMG (-8% tra 2000 e 2017, contro il -16% della Lombardia) e da una dinamica espansiva – seppure di non particolare intensità – dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI), che offrono servizi di carattere infermieristico, riabilitativo e assistenziale.

Per contro, la Lombardia presenta, per tutti gli indicatori qui analizzati, non solo una chiara distanza rispetto alle altre due regioni, ma anche una situazione decisamente peggiore rispetto al quadro nazionale, già particolarmente problematico. Il depotenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale è infatti avvenuto, in questa regione, innanzitutto attraverso una contrazione molto più significativa del sistema delle cure primarie. Come mostra la fig.4 (lato sinistro), la riduzione nel numero di MMG è molto più elevata in Lombardia che nelle altre regioni e nel resto del paese, portando ad una contrazione del 16% circa. A questa contrazione si accompagna un aumento proporzionalmente più elevato (+37%) del carico assistenziale. Nel 2017 la

quota di medici con oltre 1.500 pazienti è in Lombardia pari al 58%, a fronte di un dato nazionale del 32%. In secondo luogo, mentre nelle altre regioni si è registrato un deciso aumento della copertura offerta dall'ADI (seppur con un calo nel numero di ore erogate di assistenza) (vedi figura 4 a destra), l'aumento in Lombardia è stato molto più limitato. Non sorprende, dunque, che nel 2017 questa regione registri un numero di casi trattati in ADI per 10.000 abitanti (pari a 140 persone) inferiore non solo a quello di Veneto ed Emilia-Romagna, ma anche al dato medio nazionale.

FIGURA 4

VARIAZIONE 2000-2017 PER INDICATORI RELATIVI AD ASSISTENZA TERRITORIALE TRAMITE MMG E ADI



Fonte: elaborazioni su dati Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale e banca dati ISTAT *health for all*.

La diffusione della pandemia e le strategie di fronteggiamento

Queste differenziazioni inter-regionali si riflettono nel modo in cui le regioni hanno fronteggiato la pandemia.

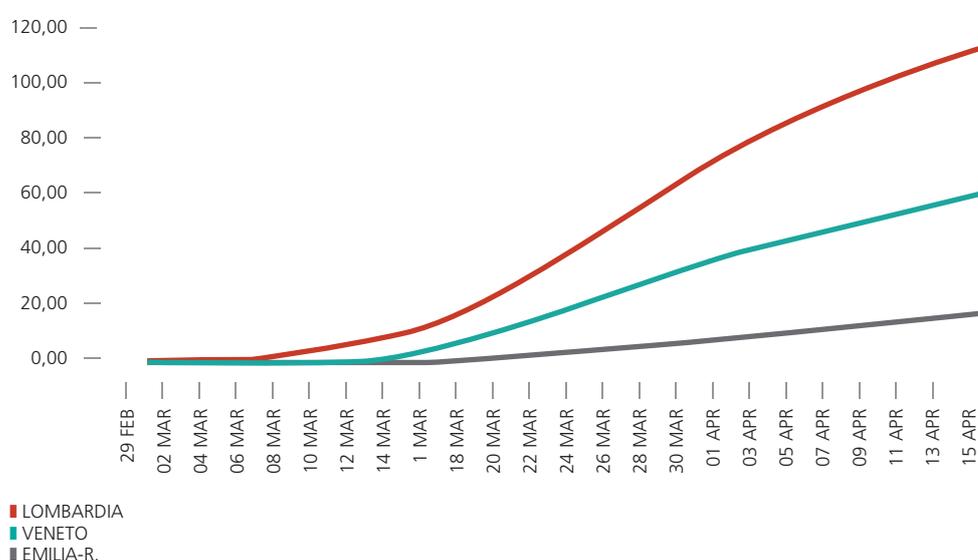
Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna costituiscono le tre regioni epicentro della crisi pandemica. Sono le prime in cui le conseguenze del virus hanno iniziato a manifestarsi in modo precoce, e dove si è registrato molto velocemente un numero di decessi significativo. I dati al 15 Aprile indicano come in Lombardia fosse stato "sfondato" il muro delle 10.000 vittime COVID-19 (per la precisione 11.377), seguite da 2.788 vittime accertate in Emilia-Romagna e da 940 in Veneto. Aggregando questi numeri, si raggiunge circa il 70% del totale dei decessi (21.645) registrati nello stesso giorno a livello nazionale.

Le linee di tendenza presentate nel grafico 5, che rapportano il valore assoluto dei decessi alla popolazione residente per 100.000 abitanti, indicano inoltre la situazione particolarmente drammatica della Lombardia, la cui linea di tendenza si distacca progressivamente, con il passare del tempo, da quella dell'Emilia-Romagna e del Veneto. Possiamo, dunque, parlare di un vero e proprio "incendio" in termini pandemici che ha colpito questa regione. Peraltro, come noto, i dati vanno considerati con estrema cautela, poiché molto probabilmente sottostimano la reale portata del fenomeno a fronte di un contagio che, alla realtà dei fatti, è presumibilmente molto più diffuso rispetto ai numeri certificati³ (Favero et al. 2020).

³ Cfr. Favero, C., A. Ichino e A. Rustichini (2020), Perché è così alta la mortalità da coronavirus in Lombardia, <https://www.lavoce.info/archives/65036/perche-e-cosi-alta-la-mortalita-da-coronavirus-in-lombardia/>

FIGURA 5

■ ANDAMENTO NUMERO DECESSI REGISTRATI COVID-19 PER 100.000 ABITANTI, 29 FEBBRAIO -15 APRILE



Fonte: elaborazioni su dati Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale e banca dati ISTAT *health for all*.

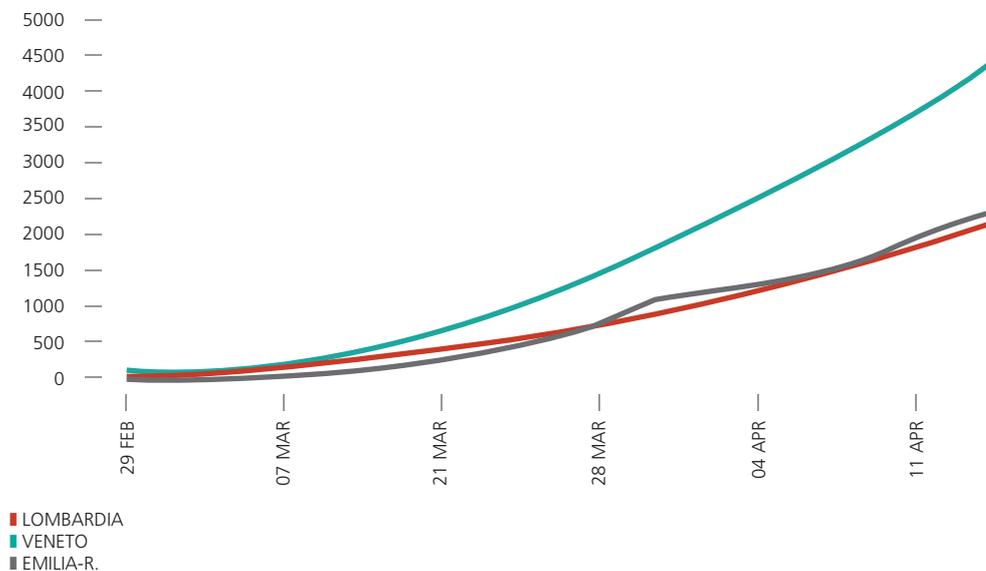
Premesso, dunque, che stiamo parlando di un fenomeno che ha registrato un'intensità fortemente asimmetrica nelle tre regioni qui considerate, vediamo inoltre come anche le strategie regionali messe in atto nel fronteggiamento della pandemia sono risultate differenziate. A questo proposito è interessante analizzare l'andamento di due indicatori, ripresi dal bollettino giornaliero di monitoraggio della Protezione Civile: quello relativo alla somministrazione dei tamponi e quello che attiene l'incidenza delle persone positive al COVID-19 che vengono trattate in isolamento domiciliare⁴. L'insieme di queste informazioni (vedi figura 6) fanno emergere tre modelli regionali differenziati di fronteggiamento della pandemia.

⁴ Il complemento a questo dato, in termini di casi totali positivi al COVID-19 (esclusi i dimessi/guariti e i deceduti) è costituito dalle persone positive ricoverate e a quelle ricoverate in terapia intensiva

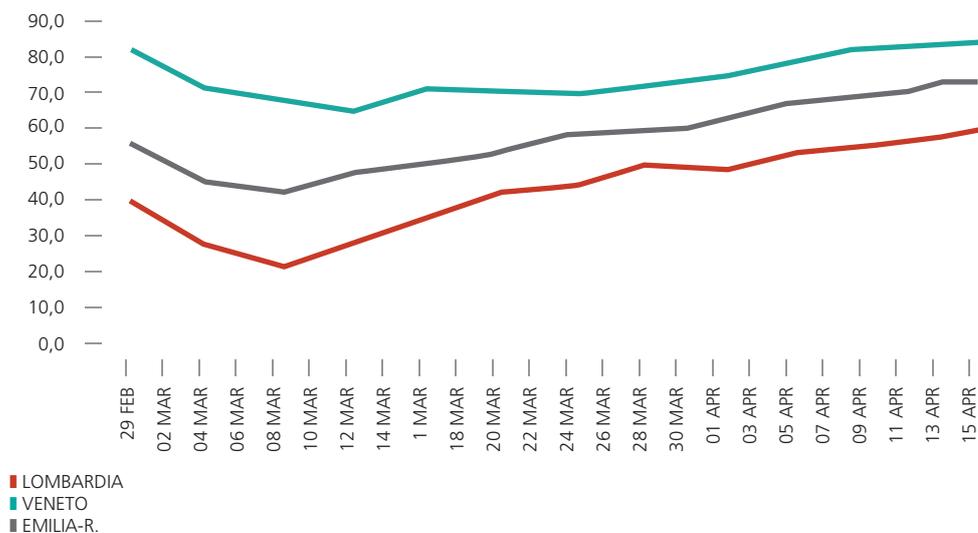
FIGURA 6

ANDAMENTO NUMERO TOTALE TAMPONI PER 100.000 AB. E QUOTA DI CASI POSITIVI IN ISOLAMENTO DOMICILIARE SU TOTALE CASI POSITIVI COVID-19, 29 FEBBRAIO -15 APRILE

TOTALE TAMPONI PER 100.000 AB.



% CASI IN ISOLAMENTO DOMICILIARE SU TOTALE CASI POSITIVI



Fonte: elaborazioni su dati Bollettino Coronavirus Protezione Civile.

Il primo modello è quello lombardo, in cui un'incidenza dei tamponi più bassa si è combinata con una strategia di gestione domiciliare dei positivi più limitata. La strategia lombarda si caratterizza per una verifica dei sintomi, tramite tampone, che viene limitata alle persone sintomatiche ricoverate negli ospedali⁵. Il ricovero in ospedale ha rappresentato, infatti, per larga parte del periodo qui analizzato, la principale risposta messa in campo nel trattamento dei casi positivi, a fronte di un'incidenza più bassa degli isolamenti domiciliari. Questi ultimi superano la quota del 50% fra i casi positivi accertati solo ad aprile. Presumibilmente tale cambio di rotta si lega all'introduzione, anche nel contesto lombardo (a partire circa dalla metà di marzo), delle unità speciali di continuità assistenziali (le cd. USCA) previste dal decreto legge del 9/3/2020 (art. 14), che costituiscono la rete di sorveglianza a livello domiciliare dei malati COVID.

⁵ Cfr. Angelici, M., P. Berta, F. Moscone e G. Turati (2020), Ospedali, dove e perché si è tagliato, <https://www.lavoce.info/archives/64538/ospedali-dove-e-perche-si-e-tagliato>; Cicchetti, A. et al. (2020), Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19 Focus su Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte, Lazio e Marche, InstantREPORT#3: 15 Aprile 2020, https://altems.unicatt.it/altems-ALTEMS-COVID19_InstanReport3-report.pdf

Il secondo modello è quello del Veneto, in cui un'elevata incidenza dei tamponi è andata di pari passo con un livello decisamente più elevato di gestione domiciliare dei casi COVID-19. In questo caso la strategia regionale è stata quella di procedere precocemente ed in modo capillare nella ricerca dei casi infetti, tramite un ricorso massiccio ai test. Non a caso l'incidenza dei tamponi risulta alquanto elevata, attestandosi a circa il doppio rispetto Lombardia ed Emilia-Romagna. A partire dall'individuazione dei casi positivi, il monitoraggio è stato esteso in modo capillare anche ai familiari e alla cerchia di contatti, in modo da prevenire la diffusione del contagio, attraverso l'attivazione delle strutture sanitarie territoriali (i servizi di igiene e di cura primaria dei medici di base), evitando quanto più possibile il ricovero in ospedale⁶. La quota di casi positivi trattati a domicilio risulta, infatti, sin dall'inizio ben al di sopra dei due terzi sul totale dei casi positivi accertati.

⁶ Cfr. Angelici et al., op. cit.

In una posizione intermedia fra queste regioni si colloca l'Emilia-Romagna, dove la strategia di risposta non sembra seguire il modello veneto di individuazione preventiva dei casi (i test vengono effettuati, analogamente al caso lombardo, soprattutto sui pazienti sintomatici in contesto ospedaliero), anche se nel contempo si è puntato di più, e prima della Lombardia, sul trattamento domiciliare anziché su quello ospedaliero.

In conclusione, emerge una chiara differenziazione fra modelli che hanno puntato maggiormente su strategie preventive e territoriali di fronteggiamento della pandemia, come il Veneto e in parte l'Emilia-Romagna, e il modello lombardo, in cui si è puntato principalmente sul trattamento ospedaliero della pandemia.

Considerazioni conclusive: la gestione della fase 2 e l'importanza del territorio

Se e in che misura queste diverse strategie abbiano avuto impatto sui diversi tassi di mortalità tra le regioni resta chiaramente difficile da decifrare con i dati disponibili. È evidente che il peso quantitativo, la velocità e la sequenzialità del contagio abbiano giocato un ruolo rilevante non

solo sui tassi di mortalità, ma anche presumibilmente sulla capacità delle regioni di sviluppare strategie di trattamento articolate e meno concentrate sull'intervento ospedaliero. Peraltro, la risposta dei sistemi sanitari risulta dalla nostra analisi perfettamente allineata con il modello di sviluppo dei diversi sistemi regionali perseguito negli anni precedenti. Sembra chiaro che, pur considerando il peso diverso esercitato dalla pandemia sulle regioni, la reazione dei sistemi sanitari regionali abbia sostanzialmente riprodotto il modello di sanità pubblica pre-esistente.

Nel caso lombardo, diversamente dal Veneto e dall'Emilia-Romagna, la strategia di fronteggiamento si è incentrata su una risposta eminentemente ospedaliera, senza una chiara gestione territoriale e preventiva della pandemia, come indicato dal più basso numero sia di casi positivi in isolamento domiciliare che di test effettuati. Abbiamo visto che tale aspetto si lega chiaramente al modo in cui il sistema sanitario lombardo si è consolidato strutturalmente nel corso degli anni.

Di fronte ad un'infezione senza precedenti e senza un adeguato filtro a livello territoriale, anche la sanità lombarda, fra le migliori a livello nazionale⁷ per quanto fortemente depotenziata – in primo luogo nella sua componente "pubblica" - in termini di posti letto e di personale (vedi par. 3), non ha potuto reggere il carico enorme di malati provocato dalla pandemia. La forte concentrazione di persone infette negli ospedali ha trasformato inoltre questi contesti in focolai di contagio e di trasmissione infettiva a cascata. Non a caso, secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, la percentuale media di contagio fra gli operatori sanitari in Lombardia risulta notevolmente più elevata (12,8%) di quella registrata in Veneto e in Emilia-Romagna (5,4%)⁸.

In estrema sintesi, queste evidenze segnalano l'esigenza che la fase 2 di parziale riapertura implichi quanto più un ritorno della sanità al territorio, alle origini del sistema sanitario nazionale fondate sulla legge 833/78, in cui il tema della prevenzione e dei servizi territoriali costituivano un tassello centrale nella politica di tutela della salute. Un ritorno cruciale per diverse ragioni.

Da un lato perché l'invecchiamento della popolazione, il conseguente aumento della popolazione vulnerabile ad epidemie, nonché la forte diffusione delle patologie croniche, rendono fondamentale l'implementazione di interventi vicini ai luoghi dove le persone vivono (siano esse il domicilio oppure la struttura residenziale), in grado di garantire la continuità assistenziale: aspetti che soprattutto la sanità territoriale e di prossimità può garantire. Dall'altro perché i drammatici risvolti della pandemia qui ricostruiti hanno messo in chiara evidenza come l'assenza di un filtro territoriale di gestione preventiva delle condizioni di salute porti facilmente al collasso, in circostanze di forte stress, le stesse strutture ospedaliere. C'è da augurarsi che le autorità pubbliche del nostro paese sappiano guardare al futuro con una capacità progettuale capace di imparare da quanto di buono, o di sbagliato, è stato fatto in passato.

⁷ Stando ai dati sulle schede di dimissione ospedaliera, nel 2017 la Lombardia ha rappresentato oltre il 20% sul totale della mobilità ospedaliera interregionale attiva per ricoveri acuti ordinari, l'Emilia-Romagna il 16%, il Veneto l'8% (fonte: elaborazioni su dati in http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3682)

⁸ Cfr. Cicchetti et al. op. cit.



INclusive AGEing in place (IN-AGE)

Il progetto “Inclusive ageing in place – IN-AGE” affronta il tema della condizione di fragilità delle persone anziane e i relativi rischi di isolamento sociale. L’innalzamento dell’età media, accompagnato da un aumento dei rischi di essere affetti da forme di disabilità e malattie croniche, pone l’obbligo di assumere una nuova attenzione alla problematica dell’invecchiamento ‘inclusivo’ e, in particolare ai rischi dell’invecchiamento a casa propria.

La finalità della ricerca è quella di proporre possibili azioni e strategie a sostegno del miglioramento della qualità della vita dell’anziano fragile e di un invecchiamento più sereno e sicuro nella propria abitazione. La ricerca si baserà sui dati risultanti dalle attività di rilevamento e analisi che saranno condotte in tre contesti regionali (Lombardia, Marche, Calabria) fortemente differenti sotto il profilo sociale, economico e culturale. Le tre unità di ricerca coinvolte nel progetto (Politecnico, INRCA e Università Mediterranea di Reggio Calabria, con la collaborazione di Auser) opereranno in diverse realtà urbane ed extra urbane dei rispettivi contesti geografici, individuando le condizioni degli abitanti più anziani (over 75 anni) attraverso l’analisi delle molteplici variabili che possono determinare emarginazione ed abbandono. Saranno poste a confronto le varie condizioni rilevate (diversità e analogie) e le specificità territoriali che contribuiscono alla differenziazione fra contesti locali e fra regioni.

Unità di ricerca



Con il sostegno



Stakeholders sociale

