

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **LXX**

n. **2**

RELAZIONE **SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO** (Anno 1998-1999)

Presentata dal Ministro per la solidarietà sociale

(TURCO)

Trasmessa alla Presidenza il 13 ottobre 2000

PAGINA BIANCA

INDICE GENERALE

Presentazione	<i>Pag.</i>	7
Sintesi operativa	»	8
 PARTE PRIMA:		
ASPETTI DEMOGRAFICI, FAMILIARI E SOCIO-ECONOMICI DELL'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE		
1. Le componenti strutturali e dinamiche	»	19
1.1. L'invecchiamento della popolazione: la realtà demografica dominante del XXI secolo	»	21
1.2. L'invecchiamento della popolazione italiana	»	28
1.3. L'analisi regionale	»	31
1.4. Uno sguardo al futuro dell'invecchiamento nelle regioni italiane	»	37
2. Gli anziani in famiglia	»	45
2.1. Le trasformazioni della famiglia	»	45
2.2. Il contesto familiare degli anziani	»	46
2.3. Analisi per aree geografiche	»	50
3. Condizioni socio-economiche	»	53
3.1. L'istruzione	»	53
3.2. Le risorse economiche	»	55
3.2.1. <i>Quadro generale</i>	»	55
3.2.2. <i>I redditi degli anziani</i>	»	59
4. Alcuni aspetti della vita sociale dell'anziano e la sua soddisfazione	»	69
4.1. L'anziano nella vita quotidiana	»	69
4.2. E' soddisfatto l'anziano?	»	71
 PARTE SECONDA:		
LA SALUTE DELL'ANZIANO E IL CONTESTO SOCIO-SANITARIO		
1. Invecchiamento della popolazione e aspetti socio-sanitari	»	76
1.1. Stato di salute, cronicità e disabilità della popolazione italiana	»	77
1.2. Il quadro epidemiologico	»	77
1.2.1. <i>L'indagine ISTAT</i>	»	77
1.2.2. <i>L'indagine ILSA</i>	»	88
1.2.2.1. <i>La prevenzione: la situazione attuale e le strategie future</i>	»	88
1.2.3. <i>Confronti tra indagine ISTAT e indagine ILSA</i>	»	91
1.3. Analisi territoriale delle condizioni di salute e contesto socio-economico	»	92
1.4. Stato di salute e ricorso ai servizi sanitari	»	95

1.5. La mortalità degli anziani	Pag.	99
1.6. Tendenze per il futuro	»	104
2. La domanda di servizi sanitari e socio-assistenziali	»	109
<i>Conclusioni generali</i>	»	113
3. Analisi dell'offerta regionale	»	115
3.1. Gli interventi	»	115
3.2. I servizi geriatrici per l'anziano fragile	»	115
3.3. Servizi e strutture presenti sul territorio	»	116
3.3.1. <i>Strutture residenziali</i>	»	116
3.3.2. <i>Strutture non residenziali</i>	»	118
3.3.3. <i>Centro studi e Università</i>	»	119
3.4. Rilevazione diretta dell'offerta delle regioni	»	119
3.4.1. <i>Il questionario: formulazione e problemi</i>	»	119
3.4.2. <i>Definizioni</i>	»	122
3.4.3. <i>Risultati</i>	»	123
3.4.4. <i>Conclusioni</i>	»	133
Appendice	»	135
Per saperne di più	»	143

RELAZIONE
SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO
(Anno 1998-1999)

PAGINA BIANCA

PRESENTAZIONE

In virtù della delega conferitami in materia di politiche per gli anziani, presento al Parlamento la Relazione Biennale sulla condizione dell'anziano relativa agli anni 1998-1999.

Il documento costituisce il risultato di un approfondito lavoro di indagine conoscitiva svolto sotto la diretta supervisione del Prof. Antonio Golini, cui si aggiunge il rilevante contributo offerto dalle Regioni. In tal modo sono stati acquisiti elementi indispensabili ad accrescere la consapevolezza sull'ampiezza e la natura delle profonde trasformazioni che caratterizzano la nostra società.

Sia sotto il profilo del benessere fisico ed economico che sotto il profilo della partecipazione sociale, la realtà che emerge appare contrassegnata da una grande diversificazione delle condizioni di vita delle persone anziane.

Nel corso dell'anno 1999, espressamente dedicato alle persone anziane dall'Organizzazione delle Nazioni Unite, si sono registrate numerose iniziative con l'obiettivo di sensibilizzare le istituzioni e l'opinione pubblica sulla materia. Nell'ambito delle celebrazioni internazionali, il Ministro per la solidarietà sociale ha promosso nel mese di maggio 1999 a Roma una Conferenza Nazionale sulle Politiche per gli Anziani. È stato così sviluppato un confronto diretto delle varie istituzioni competenti (a livello centrale e periferico) con molteplici realtà dell'associazionismo civile e con esponenti del mondo scientifico ed accademico, in cui è emersa la dimensione complessa e ricca di sfaccettature costituita dalla situazione degli anziani nel nostro paese. Ribaltando una visione ormai obsoleta nei confronti della "terza età", la persona anziana viene considerata come una preziosa risorsa per l'intera società. Nel momento in cui l'aumento della popolazione anziana pone pressanti domande, le istituzioni e la società nel suo complesso devono fornire risposte innovative ai problemi, tenendo conto dei mutamenti demografici ma anche della evoluzione stessa dei bisogni.

Negli ultimi due anni, l'impegno del Ministro per la solidarietà sociale è stato appunto quello di individuare strumenti di intervento efficaci, soprattutto mediante politiche di supporto al nucleo familiare, nella convinzione che la persona anziana debba vedere riconosciuta la sua specifica identità conservando piena autonomia nel proprio contesto di vita. Inoltre, il Ministro per la solidarietà sociale ha promosso un disegno di legge sul servizio civile volontario allo scopo di favorire la partecipazione civica delle persone in età matura, nel quadro di un più intenso scambio intergenerazionale finalizzato a valorizzare un importante patrimonio per l'intera società.

Considerando l'ampiezza delle problematiche implicate, mi auguro che accanto al citato provvedimento ricevano un'adeguata attenzione da parte del Parlamento anche il disegno di legge concernente il sistema integrato di interventi e servizi sociali come pure quello concernente la tutela delle persone fisicamente o psichicamente non autosufficienti.

La Ministra per la solidarietà sociale

On. Livia Turco



SINTESI OPERATIVA

1. L'invecchiamento della popolazione costituisce una straordinaria trasformazione demografica che da diversi decenni ha investito i Paesi occidentali e in modo particolare l'Italia, sconvolgendo equilibri millenari.

Alla situazione odierna, si è giunti per effetto della diminuzione, differenziata nel tempo, di mortalità e fecondità che, storicamente, hanno concorso in maniera diversa nel delineare la dinamica demografica. Se fino al secolo scorso, le variazioni erano legate soprattutto ad eventi eccezionali e la variabile "regolatrice" era la mortalità - con i suoi ricorrenti e fortissimi picchi dovuti ad epidemie, carestie e guerra - attualmente il "fulcro" delle trasformazioni demografiche è costituito dalla fecondità, il cui trend si sta omologando nei paesi europei e i cui bassissimi livelli sono da considerarsi di "allarme" demografico se dovessero ancora prolungarsi nel lungo periodo. Il livello di fecondità ha una importanza cruciale: nel caso del perdurare ai livelli attuali, la percentuale di ultrasessantenni sulla popolazione totale potrebbe passare da un valore del 24,2% nel 2000 ad uno del 46,2% nel 2050.

Se si colloca l'Italia in un contesto internazionale, confrontandola con altri paesi dell'Unione europea, con le tre grandi potenze mondiali rappresentate da Usa, Russia e Giappone, e con tre paesi in via di sviluppo quali Cina, India e Nigeria, si nota subito come, nel processo di invecchiamento della popolazione, il nostro paese si trovi al primo posto, costituendo pertanto una assoluta avanguardia, per intensità e velocità del processo stesso. Per l'Italia l'Onu stima nel quinquennio 2000-2005 un numero medio di figli tra i più bassi, pari a 1,14, e una speranza di vita alla nascita tra le più elevate. Tutti i paesi europei peraltro si avvicinano, più o meno, al comportamento dell'Italia, e anche molti paesi in via di sviluppo stanno seguendo questo stesso cammino.

L'importanza e la portata del processo di invecchiamento, legato all'intensità del "nascerre" e del "morire", porta verso conseguenze importanti sulla struttura per età della popolazione. In Italia mentre nel 1975 si contavano 17,5 milioni di giovani con meno di 20 anni e 9,6 milioni di ultrasessantenni, nel 2025 secondo le previsioni Onu, i due ammontari sarebbero quasi del tutto scambiati potendo essere pari rispettivamente a 6,9 e a 17,7 milioni. Tali squilibri si riscontrano anche nel rapporto tra popolazione anziana (65 anni e più) e popolazione in età lavorativa (20-64 anni): tale rapporto è passato da un valore di 21,4 nel 1975 a 29,1 nel 2000, fino a un possibile 45,2 nel 2025. Ovvero, se nel 1975 si registrava poco più di una persona ultrasessantacinquenne ogni 5 in età lavorativa, nel 2000 questa proporzione cresce a 1 ogni 3, per poi passare nel 2025 ad un rapporto di quasi 1 anziano ogni 2 individui di età compresa tra i 20 e 64 anni, con forti ripercussioni su tutto il sistema di sicurezza sociale, con particolare riferimento a quello previdenziale.

2. A contraddistinguere il nostro Paese non è solo il forte e veloce invecchiamento, ma anche le notevoli differenze territoriali di tale processo. Il classico dualismo Nord-Sud, legato perlopiù a motivi di natura economica, si ripropone anche in campo demografico, come conseguenza dei più bassi valori del tasso di fecondità, dei più elevati valori della speranza di vita alla nascita e dalle maggiori percentuali di anziani che si registrano nelle regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali.

Per la fecondità al 1996 valori medi al di sotto di 1 figlio per donna spettano alla Liguria (0,94) - regione più vecchia dell'Italia - e al Friuli Venezia-Giulia (0,98). D'altra parte anche nelle regioni meridionali dove si registrano i più elevati valori del tasso di fecondità - Campania (1,57) e Sicilia (1,47) -, il numero medio di figli per donna si mantiene di gran lunga al di sotto dei due figli necessari alla crescita zero della popolazione e comunque sempre più bassi di quelli registrati in vari Paesi del Centro e del Nord Europa.

A livello regionale al 1996 i valori più elevati della speranza di vita alla nascita, per gli uomini, si riscontrano nelle Marche e in Umbria, con rispettivamente 76,5 e 76,0 anni, mentre per le donne si riscontrano nelle Marche (82,5) ed in Trentino Alto Adige (82,2). I valori più

bassi, sia per gli uomini che per le donne, si ritrovano in Campania, rispettivamente con 73,7 e 79,4 anni.

Considerando il peso della popolazione anziana all'interno delle varie regioni si registra il minimo regionale di invecchiamento in Campania, in cui gli ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione ammontano all'11,2% per gli uomini e al 15,4 per le donne, mentre il massimo spetta alla Liguria con quote pari al 20,3% per gli uomini e al 28,1% per le donne. Le differenze sono tali che al 1.1.1999, è ultrasessantacinquenne 1 uomo su 5 in Liguria ed 1 su 10 in Campania, mentre è ultrasessantacinquenne meno di 1 donna su 3 in Liguria ed 1 su 6 in Campania.

Analizzando l'andamento nel tempo della popolazione anziana nelle varie regioni si evidenziano, tre diverse tipologie di regioni:

- la Liguria che è caratterizzata da una crescita costante e un' intensità elevatissima del peso percentuale degli anziani e, a partire dal 2034, da una riduzione, prima più lenta poi più veloce, del loro numero assoluto, con la conseguente necessità di ridimensionamento delle strutture dedicate agli anziani;

- la Campania che presenta un notevole aumento di popolazione anziana in termini assoluti, ma una proporzione più ridotta;

- la Sardegna che nell'arco di 50 anni dovrebbe veder raddoppiare la popolazione anziana, passando da 246 mila individui a 482 mila, e presentare un aumento notevolissimo nel peso percentuale, passando da un valore del 14,9% ad uno del 42,2%.

Ad un intenso processo di invecchiamento nessuna regione può sfuggire; infatti quelle che registrano attualmente proporzioni più basse di ultrasessantacinquenni sperimenteranno, nei prossimi cinquant'anni, tassi di incremento più elevati. Il che significa che regioni già molto vecchie al 1999 continueranno il loro processo demografico, e quelle relativamente più "giovani" invecchieranno molto velocemente, raggiungendo anch'esse livelli importanti. L'esempio più evidente è costituito dal caso, già segnalato, della Sardegna che, pur partendo nel 1999 da uno dei livelli più bassi di percentuale di popolazione anziana, nel 2049 raggiungerà quasi i livelli della Liguria, regione più vecchia d'Italia.

Pertanto, la straordinaria novità degli anni a venire rispetto a quelli passati non riguarda soltanto l'incremento di popolazione anziana quanto la sua dinamica che, come si è detto, nel nostro Paese si rivela - per intensità e velocità, ma anche per durata temporale del processo e per la differenziazione territoriale - una delle più significative nel mondo intero. Queste caratteristiche fanno sì che l'Italia sia "anticipatore" nel processo dell'invecchiamento; ad essa quindi molti altri Paesi guardano per trarre indicazioni utili per gestire un processo tanto complesso.

3. Le rapide e profonde trasformazioni verificatesi nell'ultimo cinquantennio in ambito demografico, economico e sociale hanno inciso profondamente sulle famiglie, provocandone rilevanti cambiamenti sia a livello strutturale, che relazionale e sociale.

In particolare, il quadro che emerge negli anni più recenti mostra una minore presenza media di figli nelle famiglie e un netto aumento della quota di famiglie costituite da coppie di anziani o da anziani soli prevalentemente di sesso femminile. Viene quindi sempre più delineandosi un processo di transizione che segna il passaggio da una struttura familiare "allargata", caratterizzata nel passato dalla convivenza di più "nuclei", ad una struttura assai più "ristretta" o, per meglio dire, mononucleare. Tutto ciò viene ad essere accompagnato da una sempre più larga diffusione, per necessità dettata quasi sempre dalla vedovanza o meno spesso per scelta, della tipologia costituita dalla "famiglia unipersonale".

Nonostante questa evoluzione in Italia, ancora adesso, la cura degli anziani viene delegata quasi esclusivamente ai familiari, essendo molto poco frequente, a differenza degli altri paesi europei, l'istituzionalizzazione dell'anziano.

Proprio per questo motivo le relazioni all'interno della famiglia assumono una rilevanza particolare: le ultime fasi della esistenza sono segnate da grandi cambiamenti che implicano una riorganizzazione della vita e una nuova concezione della famiglia e della rete di relazioni dell'anziano. La terza e la quarta età sono, infatti, le età del ritiro dal lavoro, le età in cui è più facile rimanere soli dopo la morte del proprio compagno o compagna di vita, le età in cui si avverte fortemente il bisogno di aiuto e non infrequentemente la dipendenza dagli altri. La

famiglia e l'intera rete familiare diventano perciò elementi ancora più importanti per la qualità della vita dell'anziano poiché rappresentano il contesto fondamentale entro cui egli può presumibilmente continuare ad esercitare un ruolo attivo e può ricevere sostegno e, se necessario, adeguate risposte alle proprie esigenze di aiuto e assistenza.

4. Gli anziani e i vecchi sono più vulnerabili non solo per il complesso di condizioni fisiche, salute e sistemazione abitativa; ma anche per il fatto che sono meno istruiti e meno abbenienti del resto della popolazione; hanno avuto meno possibilità e forse capacità di quante ne possono avere gli adulti di oggi di accumulare risorse per la vecchiaia.

Nel 1997 il numero di famiglie che vivevano in condizioni di povertà erano valutate in 2 milioni 575 mila, per un totale di 7 milioni 427 mila individui. Di queste, le famiglie che hanno come persona di riferimento un ultrasessantacinquenne sono 1 milione 46 mila (pari al 40,6% delle famiglie povere), per un totale di 1 milione 503 mila individui.

Nell'ultima parte della vita, gli individui modificano la loro propensione al consumo a favore di quella al risparmio e concentrano i loro consumi su alcuni beni rispetto ad altri. Per tale motivo, una società che tende ad essere composta prevalentemente da anziani deve essere in grado di modificare la struttura dei servizi e dei beni da offrire. Infatti se si analizzano i consumi degli anziani si comprende come sul bilancio, pesi maggiormente la spesa destinata ai servizi primari (gli alimenti, l'abitazione, l'energia elettrica, i combustibili oltre che la salute) il cui consumo è difficilmente riducibile. Ciò che invece subisce un decremento più che visibile è la spesa destinata ai beni secondari e voluttuari (il vestiario, i trasporti e le comunicazioni, etc.).

La principale fonte di reddito per gli ultrasessantacinquenni, al 1998, è costituita dai redditi da trasferimenti, in massima parte pensioni, con il 57,3% e, a seguire, dai redditi da capitale con il 30,1%. Da un'analisi temporale, dal 1989 al 1998, si nota come la tipologia "Reddito da trasferimenti", presenti quote pressoché costanti nel tempo, dell'ordine di circa il 60%, mentre a conferma dei bassi e decrescenti tassi di attività lavorativa degli anziani si riducono le quote relative al reddito da lavoro dipendente e quello da lavoro autonomo e cresce il reddito da capitale.

Al 1998 il reddito individuale di un ultrasessantacinquenne (23,5 milioni) è superiore soltanto a quello di un giovane con meno di 30 anni; è inferiore a quello di una persona di età 51-65 anni di 8, 6 milioni di lire.

Considerando la distribuzione percentuale dei capofamiglia per classi di reddito si nota subito la differenza secondo l'età; sono gli anziani, infatti, ad occupare le classi di reddito più basse con quasi il 30% nella classe di meno di 20 milioni e il 42,6% in quella 20-40 milioni. E' da sottolineare però che il livello di reddito delle famiglie con persona di riferimento anziana è andato sensibilmente e velocemente migliorando nel tempo. Mentre, nel 1989, la maggioranza di esse (57%) si distribuiva nella classe di reddito "meno di 20 milioni" ed il 30% in quella "20-40 milioni", nel 1998 si riscontra una maggiore redistribuzione all'interno delle varie fasce di reddito. Infatti si dimezza la quota di famiglie con meno di 20 milioni ed aumenta il peso nelle altre fasce; in particolar modo si triplica il peso nella classe "oltre 60 milioni".

Questo dato mette in luce come la popolazione degli anziani sia molto eterogenea anche dal punto di vista economico; certamente, oggi, sono molti coloro che vivono in situazioni e condizioni disagiate, ma, rispetto al passato, il loro numero è sceso ed è invece aumentato quello relativo ad anziani che vivono in condizioni di un più elevato benessere economico.

5. Arrivati alle età anziane uomini e donne hanno percorso un lungo tratto della loro vita, denso di eventi e di circostanze che in ognuno di essi ha lasciato tracce profonde. Queste età possono rappresentare il momento dei rimpianti per le scelte mancate o per gli istanti belli vissuti precedentemente. Ma anche il momento in cui il peso delle responsabilità è ridotto e in cui uomini e donne hanno maggiore tempo libero da dedicare a se stessi e al resto della famiglia.

Molto, nella vita degli anziani, dipende dallo stato di salute. Gli anziani in buona salute avrebbero, infatti, tutte le possibilità e le potenzialità per vivere ancora dai venti ai trenta anni tranquilli, con minori impegni familiari e lavorativi e liberi di godersi un sereno e meritato riposo. Studiosi di economia e geriatria hanno tuttavia mostrato che esistono forti contraccolpi sia economici sia psicologici che derivano dal passaggio repentino dalla vita attiva al riposo. Non

tutti, infatti, riescono a riorganizzare adeguatamente questa fase della vita, a trovare nuovi motivi di interesse o nuove attività fuori casa, ad impegnare il loro tempo in modo costruttivo evitando di isolarsi.

Gli ultimi dati disponibili mettono in luce come l'attività quotidiana maggiormente svolta nel tempo libero per le persone di 65 anni e più è quella di guardare la tv, seguita dalla lettura di quotidiani, per poi passare alla lettura dei libri e all'ascolto della radio.

Si riscontrano delle attività differenziate per sesso. Quasi tutte le donne, così come gli uomini, guardano quotidianamente la televisione, che certo soddisfa in buona misura il loro bisogno di evasione ed intrattenimento, ma si evidenziano delle differenze sulle altre attività, per quanto riguarda ad esempio la lettura di quotidiani, letti da 60 anziani su 100 contro appena 38 anziane su 100. Si nota, anche, come l'uomo, in questa fase della vita, si dedichi in misura maggiore ad attività sociali più coinvolgenti, quali l'andare al cinema, a teatro, a musei e mostre e, come era prevedibile, a spettacoli sportivi, mentre le donne tendono a rimanere di più nell'ambito familiare, anche perché alla casa e alla famiglia dedicano molte ore di lavoro. D'altronde c'è da considerare che fra le donne è molto maggiore, rispetto agli uomini, la frazione di persone vecchie, con più di 80 anni, che mediamente hanno un maggior numero di problemi a muoversi con facilità e frequenza.

6. La conoscenza dello stato di salute - sia oggettiva che soggettiva - della popolazione anziana e degli stili di vita, che sono fortemente correlati alle condizioni di salute, costituisce la base della politica sanitaria ed assistenziale, oltre che largamente di quella sociale ed economica. Ma a tale esigenza conoscitiva, divenuta sempre più pressante nel tempo, si contrappone una non sempre adeguata disponibilità di informazioni di natura più propriamente sanitaria, dovuta essenzialmente alla ancora scarsa diffusione di indagini mediche ed epidemiologiche su questi aspetti che, unitamente alla mancanza di una ben definita e standardizzata procedura di rilevazione, rende, fra l'altro, non facili i confronti internazionali.

Alla luce di queste considerazioni, si impone, con sempre maggiore forza, l'esigenza di continuare a effettuare indagini epidemiologiche - anche seguite nel tempo sullo stesso collettivo di popolazione e sui nuovi collettivi che arrivano all'età di vecchiaia - che consentano di meglio valutare le relazioni esistenti e le dinamiche in atto tra salute individuale e struttura della famiglia da un lato e principali variabili socio-economiche dall'altro, le implicazioni in termini di disabilità, il rapporto tra la malattia e la domanda di servizi sanitari, oltre a rendere possibile l'individuazione dei fattori di rischio, del legame esistente tra particolari patologie e insorgenza di disabilità, ecc.

Per la valutazione dello stato di salute, della incidenza e della prevalenza di malattie croniche e di disabilità nella popolazione italiana e del ricorso ad alcuni servizi sanitari bisogna riferirsi ai risultati ottenuti da due grandi indagini: l'Indagine Multiscopo sulle Famiglie (IMF) condotta periodicamente dall'ISTAT e l'indagine ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging), condotta finora una sola volta nel quadro del Progetto Finalizzato Invecchiamento del CNR, progetto che finora non è stato rifinanziato.

I dati delle indagini ISTAT si basano su valutazioni soggettive dello stato di salute, cioè sulla *salute percepita*, e sulla conoscenza, da parte del singolo individuo intervistato, della presenza o assenza di malattie croniche o di disabilità, notizie che non sono supportate da rilevazioni oggettive, così come invece avviene per i dati dell'indagine ILSA, che hanno comportato un esame medico completo sul campione di riferimento.

Il diverso criterio di rilevazione si riflette su numerosi fattori, tra cui gioca un ruolo di primo piano l'influenza che la percezione della propria salute - intesa come sintesi delle sensazioni psicofisiche, sociali, culturali e affettive di ciascun individuo - determina sul benessere della persona anziana. Questa circostanza, unita alla eventuale mancata conoscenza o alla mancata diagnosi di una malattia già in atto, spiega in generale la minore frequenza di malattie croniche riscontrata nell'indagine ISTAT rispetto a quella ILSA. Infatti, le patologie caratterizzate da assenza di sintomatologia, rilevabili con precisione solo mediante controllo medico, (come ad esempio l'ipertensione, che nell'indagine ISTAT, pur occupando i primi posti della graduatoria delle malattie croniche, appare notevolmente sottostimata rispetto a quanto rilevato dall'indagine ILSA), non necessariamente comportano un peggioramento dello stato della salute percepita. Anche la frequenza di disabilità appare di gran lunga sottostimata qualora si faccia riferi-

mento a quanto dichiarato dal diretto interessato, piuttosto alla rilevazione oggettiva effettuata dal medico.

Le due indagini partono da presupposti, finalità e metodologie diverse e, pertanto, non sempre è possibile e corretto mettere a confronto i risultati ottenuti. Tuttavia, nonostante le divergenze segnalate, i risultati ottenuti con le due indagini sono molto importanti. L'indagine ILSA è necessaria per conoscere il reale stato di salute della popolazione e per valutare più accuratamente e appropriatamente la domanda di salute; è quindi fondamentale che nel paese si abbia una indagine corrente che accerti con un campione seguito livelli e dinamiche dell'incidenza e della prevalenza di malattie croniche e di disabilità. L'indagine ISTAT è non meno necessaria perché, con l'accettare la salute percepita, consente di avere una valutazione della salute considerata non solo sotto il profilo sanitario, ma sotto quello sociale, economico e territoriale, nel contesto collettivo e nel contesto familiare in cui l'individuo si trova a vivere.

La presenza di alterazioni tangibili del benessere fisico, quali possono essere considerate le malattie croniche e la disabilità, si ripercuote profondamente sulle condizioni di salute intese in senso soggettivo. La situazione prospettata non può, dunque, non influire sulla domanda di servizi sanitari ed assistenziali su cui, solitamente, esercita un forte peso l'autopercezione che si ha della malattia, espressa dalla valutazione del proprio stato di salute. Fra l'altro, fra le persone anziane o molto anziane la *salute percepita come non buona* è l'indicatore più attendibile di un maggior ricorso ai servizi sanitari. E' proprio indirizzandosi a queste persone che si può fare una importante opera di informazione e di prevenzione, anche mediante la sensibilizzazione dei medici di base.

Le prospettive per il futuro sono state delineate per il complesso della popolazione con più di 60 anni, dato che per gli aspetti considerati, questa sembra essere proprio l'età critica, in funzione della quale ragionare quando si affrontano problemi di pianificazione di servizi sociali e sanitari. In questo segmento di popolazione, *per il solo invecchiamento demografico*, in un decennio si potrebbe verificare un forte aumento di malati e di disabili. Infatti, ipotizzando livelli di morbosità e di disabilità invariati e pari a quelli rilevati nell'indagine del 1998, il numero di malati cronici di 60 anni e più, dovrebbero ammontare nel 2009 a circa 11,6 milioni (dai 10 milioni del 1999), di cui 4,8 maschi e 6,8 femmine (con un tasso di incremento medio annuo dell'ordine di 1,5% per entrambi i sessi), mentre il numero di disabili potrebbe riguardare 1,0 milioni di maschi e 2,0 di femmine (con un tasso di incremento pari a 1,6% per gli uomini e 2,4% per le donne). Un tasso di crescita assolutamente straordinario, 4% circa all'anno, riguarda gli ultraottantenni: si tratta quindi di valutare adeguatamente prospettive e strategie di intervento sociale e sanitario dal momento che i malati cronici di questa fascia di età dovrebbero aumentare di circa 90 mila all'anno e i disabili di circa 40 mila all'anno.

Più in generale il dato che desta preoccupazione riguarda l'elevato tasso di crescita del numero di disabili (2,04% nel decennio) ben maggiore rispetto a quello della stessa popolazione di ultrasessantenni (1,60% per i maschi e 1,23% per le femmine). I notevoli incrementi, in termini relativi, di disabili previsti per il futuro dovrebbero far riflettere sulla necessità di interventi tempestivi e mirati non solo in ambito sanitario per fronteggiare il maggior numero di malati e la maggiore domanda di servizi sanitari che ne deriva, ma anche in ambito sociale, dove più pesanti sono gli effetti della disabilità - sebbene non meno importante sia l'impatto delle patologie di tipo cronico degenerativo sul sistema sociale collettivo - in relazione alla crescente domanda di sostegno e aiuto da parte degli anziani, anche per le piccole e grandi questioni della vita quotidiana, compresi, per fare qualche esempio, i pagamenti per la fornitura di servizi (luce, gas, telefono, televisione) e i pagamenti fiscali.

Queste *proiezioni*, lo si ripete, mettono in luce il solo effetto sulla crescita di cronici e di disabili dell'invecchiamento della popolazione. E' molto difficile infatti fare delle vere e proprie previsioni dal momento che non si può valutare l'effetto positivo che si avrà sulla domanda per effetto dell'aumento del livello medio di istruzione della popolazione anziana e vecchia, né si può valutare il possibile andamento del tasso di incidenza e prevalenza della cronicità e della disabilità, dal momento che, come si è detto, di queste variabili non si hanno in Italia dati seguiti (se ci rifacessimo a dati americani si potrebbe immaginare una diminuzione della disabilità così come è successo negli Stati Uniti), né ancora si possono fare previsioni sul possibile effetto positivo di più sani stili di vita. Resta quindi l'importanza di effettuare un monitoraggio con-

tinuo e completo dell'andamento di cronicità e disabilità, al fine di poter impostare al meglio le necessarie politiche sociali e sanitarie.

7. Da tutto il quadro delineato emerge, dunque, quanto importante e delicato sia il ruolo che rispetto al problema della vecchiaia e dell'invecchiamento, la società è chiamata a svolgere nel prossimo futuro. Dalla capacità che essa avrà di rispondere alle esigenze di un numero sempre maggiore di anziani dipenderà la quantità e la qualità dei numerosi anni di vita che rimangono da vivere.

Per affrontare in maniera adeguata tali problematiche, sia da un punto di vista politico, che da quello della programmazione di tutti gli interventi di carattere socio-sanitario, occorre anzitutto superare la tradizionale logica che porta a considerare singolarmente i vari aspetti della condizione dell'anziano. Le valutazioni devono essere multidimensionali, tenendo sempre presente che esiste una forte interazione tra fattori socio-economici e sanitari. E' dimostrato, ad esempio, che il livello di scolarizzazione esercita una protezione nei confronti di alcune malattie, quali l'Alzheimer, così come le persone che hanno risorse economiche insufficienti sono più soggette a più serie alterazioni dello stato di salute. Occorre, pertanto, provvedere allo sviluppo di una cultura adeguata, unitamente alla consapevolezza che il mondo degli anziani è estremamente vario e diversificato. Ciò al fine di individuare meglio le direzioni in cui muoversi, pensando per il futuro alla creazione e all'affermazione di nuove figure professionali e forme assistenziali. L'evoluzione della famiglia e della società vanno determinando nuove esigenze e una diversa domanda.

Ad esempio, riducendosi di dimensione le famiglie entrano in affanno per assolvere al ruolo assistenziale, tradizionalmente svolto dalla donna a cui da sempre è stata delegata la cura di anziani e malati. Con il progressivo affievolirsi di questo cardine fondamentale della assistenza, il gravoso e difficile compito viene con crescente frequenza - soprattutto nelle grandi città - affidato a collaboratori domestici, sempre più spesso stranieri. Si tratta di giovani di entrambi i sessi che svolgono lavori domestici e/o forniscono assistenza agli anziani, consentendo, fra l'altro, alle donne un crescente, pieno inserimento nel mondo del lavoro e consentendo quegli aggiustamenti all'interno della famiglia necessari per ritrovare un nuovo equilibrio. Ma ciò non basta a fronteggiare una situazione di per sé assai complessa, anche perché inevitabilmente emergono problemi economici, legati alla possibilità della famiglia di sostenere le spese di mantenimento di un collaboratore domestico.

L'esigenza di assistenza, specie per gli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti, non può ricadere totalmente sulla singola famiglia, che quindi deve essere sostenuta sotto il profilo fiscale e, quando necessario, anche sotto il profilo economico. C'è, inoltre, da tener presente che, come ribadito dall'ultimo documento di programmazione economico-finanziaria, la scarsità (talvolta l'assenza) di servizi alle famiglie (come per esempio, quelli rivolti alle persone inabili o anziane) potrebbe disincentivare - attraverso quelle che solitamente vengono identificate come "barriere alle scelte individuali" - l'ingresso nelle forze di lavoro delle categorie ritenute meno forti (donne e giovani), favorendo così, fra l'altro, l'occupazione sommersa, serio ostacolo allo sviluppo economico e sociale del Paese, oltre che, nello specifico, fonte di serie preoccupazioni per il sistema pensionistico.

In un'ottica generale di *welfare*, che vede coinvolti numerosi aspetti, si vanno progettando o mettendo in atto strategie di politica economica e socio-sanitaria, a garanzia del mantenimento di soddisfacenti livelli di vita.

In questo nuovo contesto bisogna, quindi, creare i presupposti per una società e un'economia più solidali che promuovano e difendano il diritto alla cura della propria salute, che considerino anche l'importanza della richiesta "soggettiva" di salute. Che consentano quindi di perseguire il sempre evocato obiettivo di migliorare la qualità, oltre che la quantità della vita.

Questi obiettivi, insieme con le tendenze in atto nella popolazione italiana, pongono, fra l'altro, problemi di pianificazione nella gestione delle risorse umane da affrontare e da risolvere per il raggiungimento e il mantenimento dinamico dell'equilibrio tra domanda e offerta.

L'auspicabile e necessaria crescente flessibilità nella gestione della spesa pubblica e di tutte le risorse umane e materiali in funzione della domanda effettiva, sembra in realtà ostacolata da una serie di fattori che troppo frequentemente e perniciosamente trascurano le dinamiche della popolazione. Fra il 1975 e il 2000 la popolazione italiana di età 5-14 anni è diminuita

da 9,1 a 5,6 milioni, con una riduzione perciò di circa il 40%; non si sono, però, parallelamente ridotti gli insegnanti della scuola dell'obbligo, ma sono aumentati, sicché oggi abbiamo il più basso rapporto al mondo fra studenti di questa fascia di età e docenti, con tutto quello che ciò comporta per la spesa pubblica. Se si prendono in esame gli andamenti dei posti letto nei reparti di pediatria, per fare un altro esempio, si trova che sono diminuiti ma certo in una proporzione ben lontana da quella relativa alla popolazione dei bambini e degli adolescenti; e parallelamente non sono aumentati i posti letto nei reparti di geriatria e le altre strutture necessarie a questi reparti. Questa mancata flessibilità orizzontale nella spesa pubblica può creare seri problemi se e quando dovesse venire meno il ruolo fondamentale nell'assistenza degli anziani bisognosi, svolto dai figli, soprattutto femmine, e dai parenti.

8. Cruciale l'analisi e la stima della domanda di servizi sociali, e anche sanitari, che non solo consentano di meglio focalizzare i bisogni di assistenza provenienti da anziani, ma anche di individuare la distanza esistente tra richieste di prestazione di assistenza e offerta e fruizione effettiva.

L'insufficienza di molti sistemi informativi fa sì che l'analisi dell'assistenza fornita non sia precisa e completa. Non è necessario, d'altra parte, che i sistemi informativi siano tutti continui o esaustivi; alcune informazioni possono essere raccolte su base periodica o tramite indagini campionarie *ad hoc*.

Va inoltre aggiunto che, per quanto la conoscenza dei bisogni di assistenza possa essere un utile strumento per la pianificazione dei servizi e possa essere di supporto alla formulazione degli obiettivi di un servizio ideale, altrettanto importante nella normale pianificazione dei servizi risulta la precisazione degli obiettivi del servizio preso in esame e la quota di risorse disponibili, indispensabili per l'effettiva pianificazione.

La pianificazione di servizi *ad hoc* può riguardare anche aspetti e problemi per i quali non si ha o non si aveva specifica conoscenza. Ad esempio una indagine sugli anziani sistemati, insieme con il resto della popolazione, nei containers a seguito del terremoto in Umbria ha dimostrato come i containers siano una soluzione possibile per la popolazione adulta, ma non per la popolazione anziana che in tale situazione abitativa è stata colpita da supermortalità rispetto alla popolazione anziana rimasta nelle proprie abitazioni.

In termini più generali si può pensare a soluzioni abitative innovative (comunità alloggio con servizi centralizzati, nuclei di aiuto e controllo nei caseggiati, ecc.) soprattutto nei centri storici delle grandi città che sono fra le zone più vulnerabili per densità di anziani e vecchi.

Emerge in ogni caso l'importanza di ancorarsi ad un modello dinamico nell'ambito della pianificazione strategica per l'identificazione delle variabili maggiormente significative, per la valutazione del loro impatto attuale e futuro sul sistema "sanità e assistenza", per l'analisi di sensitività (allo scopo di indagare l'influenza delle variazioni di una singola variabile sui risultati del modello previsionale), per l'elaborazione di decisioni strategiche a medio e lungo termine (si possono valutare rapidamente i risultati conseguenti a certe strategie, fornendo elementi di supporto nel processo decisionale).

È per questo che nasce la necessità di una collaborazione tra progetti nazionali che hanno analoghi obiettivi ad esempio come il Progetto Obiettivo Anziani (POA) - che si pone come elemento di stimolo e di coordinamento nel processo di attuazione di interventi realizzabili in ambito locale, poiché è sicuramente in ambito regionale e distrettuale che bisognerà cercare, al meglio, di coordinare gli interventi strategici - e come il Progetto Finalizzato Invecchiamento del CNR.

9. Per poter valutare correttamente l'offerta di servizi e strutture per l'anziano a livello territoriale, è stato sottoposto alle regioni un questionario, mirante ad accertare quantità e qualità dei servizi offerti.

L'indagine ha evidenziato come quasi tutte le regioni stiano prendendo piena coscienza del fenomeno dell'invecchiamento e stiano cercando di adeguarsi alle esigenze di questa "nuova" popolazione. Le regioni che sono risultate più fornite di strutture e servizi per l'anziano sono quelle del Nord, in particolare la Liguria, l'Emilia Romagna e la Lombardia, anche per il fatto che tali regioni, sperimentando già da tempo un alto livello di invecchiamento, hanno dovuto affrontare per prime questo tipo di problematiche.

Pure le regioni del Centro-Sud, però, sembrano incamminarsi lungo la strada di un'assistenza integrata e completa per l'anziano. Interessante è il caso della Sardegna che, nell'arco di pochi anni, ha fatto notevoli passi avanti, sia nell'erogazione di servizi, sia nella costruzione e attivazione di strutture specifiche. Del resto, come evidenziato dal quadro demografico, la necessità di adeguamento è impellente, poiché la Sardegna sperimenterà una velocità di invecchiamento elevatissima, raggiungendo, nell'arco di 50 anni, i livelli che avrà raggiunto la Liguria.

10. L'invecchiamento della popolazione, caratterizzato dalla sempre più consistente presenza di persone anziane e vecchie e dalla notevole riduzione di bambini e giovani, ha ormai alterato in modo rilevante la tradizionale struttura per età delle popolazioni occidentali, imponendo e prospettando una realtà demografica del tutto nuova nella storia dell'umanità e ancora da sperimentare, di cui si possono ipotizzare sviluppi, ma di cui più difficile è valutare appieno implicazioni ed effetti.

Unitamente alla sensazione di incertezza, che inevitabilmente accompagna i periodi di transizione, si ha sempre più piena consapevolezza del fatto che importanti e complessi cambiamenti - conseguenti alle attuali tendenze della popolazione, ma non solo - riguarderanno le società sviluppate e incideranno in modo rilevante sul sistema assistenziale e sanitario, oltre che su quello politico, economico e previdenziale.

La velocità e l'intensità dell'invecchiamento registrate negli ultimi decenni nei paesi a sviluppo avanzato e in modo particolare in Italia richiedono valutazioni accurate e approfondite, mirate anche alla pianificazione e programmazione di opportuni interventi atti ad affrontare in modo adeguato problematiche complesse.

Infatti, le implicazioni dell'invecchiamento si riflettono in modo rilevante, per ciascuno di noi, sulla sfera individuale e collettiva, imponendo un'attenta riflessione e la necessità di attuare una efficace ed efficiente razionalizzazione delle strutture e delle risorse (umane, materiali e finanziarie), presupposto fondamentale per organizzare in modo ottimale un sistema di sostegno e/o assistenza rivolto ad anziani che ne hanno bisogno. L'importanza di tale attività di monitoraggio di certo non può sfuggire alle autorità centrali e a quelle locali a tutti i livelli (Regioni, Province, Comuni, Circoscrizioni) e all'intera classe politica.

Indubbiamente il cammino da seguire si presenta arduo e complesso - sia per l'eccezionale intensità e la notevolissima differenziazione territoriale del processo di invecchiamento in Italia, sia per la non completa e la non sicura conoscenza e "predittività" dell'impatto del processo stesso sull'intero sistema di assistenza -, ma assolutamente da intraprendere per garantire la qualità e l'efficienza delle strutture assistenziali, rivolte soprattutto agli anziani, oltre che per aiutare a controllare e contenere la spesa pubblica.

11. In conclusione, si possono sottolineare alcuni punti e delineare alcune strategie per un ulteriore miglioramento della condizione degli anziani - ispirata ai principi di *sicurezza, indipendenza, dignità, partecipazione ed equità* - e quindi dell'intera società:

- a) la vecchiaia non è di per sé una malattia, anche se indubbiamente favorisce le più importanti patologie croniche disabilitanti. E' ipotizzabile che, per l'arrivo in futuro di anziani più istruiti e in migliori condizioni socio-economiche, si possa ottenere nei prossimi anni un aumento della prevalenza degli anziani ultraottantenni in un soddisfacente stato di salute;
- b) la prevenzione per il mantenimento di una soddisfacente condizione fisica, psicologica e cognitiva dell'anziano non può solo basarsi su strategie di tipo sanitario. Questa è una regola che, se vale per qualsiasi età della vita, per l'anziano lo è in modo molto maggiore. La "fragilità" dell'anziano è una condizione instabile ed evolutiva, in quanto episodi della più svariata natura, anche quelli di scarsa rilevanza per una persona più giovane, sono in grado di provocare uno scompenso delle condizioni generali di salute, fisica e psichica. Molte di queste cause sono state chiaramente individuate. Ad esempio, il rapporto tra condizione socio-economica e prevalenza sia delle più importanti patologie cronico-degenerative, sia della disabilità. Le strategie di prevenzione negli anziani dovrebbero, quindi,

- riguardare tutte quelle iniziative volte a ridurre per loro lo stress e a migliorare le condizioni socio-economiche;
- c) una linea strategica dovrebbe essere orientata a migliorare ulteriormente, in età giovane e adulta, conoscenza e prevenzione delle principali patologie croniche, cioè delle malattie cardiovascolari, del diabete, dei tumori e dell'osteoporosi;
 - d) una ulteriore linea strategica riguarda la prevenzione nell'età avanzata; ad esempio, la normalizzazione della pressione arteriosa, l'abolizione del fumo, la riduzione dell'eccesso di peso corporeo possono produrre vantaggi negli anziani anche maggiori rispetto agli adulti. Gli anziani mostrano, però, una maggiore difficoltà a prendere coscienza e conoscenza della propria condizione di salute. Lo studio ILSA ha dimostrato una prevalenza di ipertensione arteriosa assai elevata — oltre il 60% — negli ultrasessantacinquenni; di questi più del 30% non sapeva neppure di essere iperteso. Se si mette a confronto un dato del genere con l'ormai comprovato rapporto tra ictus cerebrale e la possibilità di ridurre significativamente l'incidenza dell'ictus per mezzo di una corretta terapia anti-ipertensiva, ben si comprende quanto margine vi sia ancora per migliorare i risultati della prevenzione;
 - e) importante per la prevenzione a favore dell'anziano è che per certe patologie le strategie possono modificarsi o evolvere in rapporto all'età. Questo è il caso ad esempio, dell'osteoporosi, dove nell'età giovanile è soprattutto importante il regime dietetico e l'attività fisica, nell'epoca postmenopausale la terapia estrogenica e l'attività fisica, nell'età avanzata l'attività fisica e la prevenzione delle cadute. A proposito dell'attività fisica esistono evidenze dimostranti il suo benefico effetto negli anziani sulla sopravvivenza e sulla riduzione del rischio di disabilità;
 - f) la coesistenza di fattori economici, sanitari, psicologici ed ambientali, alla base della vita e della salute dell'anziano, prevede una strategia basata su un intervento globale e su una piena integrazione tra comparto sociale e sanitario. L'eterogeneità della condizione anziana è tanto articolata e diversa nelle sue connotazioni, da richiedere una risposta flessibile e differenziata che si espliciti con interventi integrati e continuativi in un sistema di "assistenza e sanità". Alla luce di queste considerazioni sembra essere congruo il progetto di accorpamento in un unico *Dicastero degli affari sociali e della sanità*, che consentirebbe di avere una visione olistica in generale della persona bisognosa di aiuto e in particolare dell'anziano e della problematica ad esso connessa e di avere quindi una più efficace e integrata azione politica; allo stesso modo potrebbe essere desiderabile avere un unico assessorato a livello regionale e a livello locale;
 - g) è da incoraggiare la positiva tendenza delle Regioni a istituire unità di valutazione geriatrica (UVG), servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) anche sperimentando modelli innovativi, residenze sanitarie assistenziali (RSA). E' da sottolineare positivamente come le Regioni vadano prendendo iniziative in relazione alla portata e alla inevitabilità del processo di invecchiamento della popolazione;
 - h) come strumento tecnico-operativo di un dicastero degli affari sociali e della sanità sarebbe utile l'istituzione di un *Istituto nazionale per l'invecchiamento* già presente in molti paesi, a partire dagli Stati Uniti e dal Giappone, nel quale venissero studiati tutti gli aspetti — individuali e collettivi, biosanitari e socio-economici — dell'invecchiamento. In particolare un tale Istituto potrebbe assicurare, fra l'altro, il necessario monitoraggio della aspettativa di vita tanto totale, quanto di quella in buona salute, sia alla nascita sia all'età di 65 anni, tutte distinte per regione e per classe sociale; il monitoraggio darebbe al Governo strumenti per combattere la povertà e l'esclusione sociale e per impostare le strategie migliori per avere il massimo di salute e uno sviluppo sostenibile. E ancora andrebbero adeguatamente considerate le diversità esistenti fra i vari segmenti delle persone più vecchie o l'impatto cumulativo sulle età più avanzate dei programmi finalizzati attuati nelle età precedenti la vecchiaia; studiare quali politiche o programmi dovrebbero essere specificamente indirizzati agli anziani e quali alla società nel suo complesso;

- valutare i costi e i benefici che derivano dal corrispondere, o viceversa dal non corrispondere, alle aspirazioni della società, incluse le aspirazioni degli anziani;
- i) i fortissimi spostamenti numerici di popolazione fra giovani, in largo calo, e anziani, in consistente aumento, presupporrebbero una accentuata flessibilità nella spesa pubblica, che assicuri più facili spostamenti orizzontali di risorse (anche fisiche e umane) e meno rigide strutture verticali. Queste ultime hanno finora portato, per fare un esempio, a mantenere costante o addirittura crescente il numero di docenti nella scuola dell'obbligo, sicché in Italia si registra, fra i paesi occidentali, il più basso numero di discenti per ogni docente; oppure ad avere un numero di pediatri e di posti letto in reparti di pediatria che non è sceso proporzionalmente a quello dei bambini e un numero di geriatri e posti letto in geriatria che non è cresciuto proporzionalmente a quello degli anziani e dei vecchi. Andrebbe quindi, fra l'altro, valutata la possibilità che una parte delle risorse umane, fisiche e finanziarie destinate all'istruzione dei ragazzi possano essere utilmente destinate alla ri-istruzione degli adulti e dei giovani anziani; e questo anche per fronteggiare i problemi, da vedere pure in termini di competitività internazionale, che derivano dall'atteso, forte e inevitabile *invecchiamento della forza lavoro* (che nei prossimi venti anni consiste in una diminuzione di oltre 6 milioni della popolazione di età 20-40 anni e in un aumento di 2 milioni di quella in età 40-60 anni);
- j) la rieducazione degli adulti e degli anziani potrebbe contribuire a superare la attuale schizofrenia fra l'opportunità che venga elevata l'età al pensionamento e la realtà aziendale, privata e pubblica, che spinge ad abbassare l'età reale al pensionamento sia per l'obsolescenza delle forze di lavoro costituite dai giovani anziani, sia per il loro più elevato costo. Il risultato è che i tassi ufficiali di attività lavorativa degli anziani sono in Italia fra i più bassi del mondo, mentre molti di essi continuano a svolgere un qualche lavoro; al riguardo quindi anche una riforma del mercato del lavoro e una riforma fiscale sembrano essere del tutto auspicabili;
- k) la profonda trasformazione della famiglia — nel senso della riduzione del numero medio di componenti e soprattutto di figli, del forte aumento del numero di famiglie unipersonali e del sempre più intenso inserimento della donna nel mondo del lavoro extradomestico — fanno intendere che la famiglia non potrà nel futuro continuare a svolgere l'opera di assistenza e cura con la stessa intensità e diffusione che si sono avute finora. Anche per questo vanno incoraggiate, con tutti gli strumenti possibili, la formazione di "famiglie atipiche" (costituite da non parenti che si mettono a vivere insieme) e la crescita del settore non profit e del volontariato, pure da parte degli anziani pienamente autosufficienti a favore di quelli con problemi fisici e/o psicologici e/o cognitivi;
- l) vanno anche pienamente realizzate politiche che possano fronteggiare alcuni dei problemi derivanti dallo invecchiamento di popolazione e in prospettiva ridurre l'intensità di crescita. E quindi adeguate politiche di immigrazione da un lato e dall'altro di ripresa della fecondità, almeno fino ai livelli che caratterizzano attualmente Francia e Regno Unito (1,6-1,8 figli per donna).

PAGINA BIANCA

PARTE PRIMA
**ASPETTI DEMOGRAFICI, FAMILIARI E SOCIO-ECONOMICI
DELL'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE**

PAGINA BIANCA

1

LE COMPONENTI STRUTTURALI E DINAMICHE

1.1. L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE: LA REALTÀ DEMOGRAFICA DOMINANTE DEL XXI SECOLO

L'invecchiamento della popolazione costituisce una straordinaria trasformazione demografica che, assumendo i connotati di una vera e propria rivoluzione, ha da diversi decenni investito i Paesi occidentali e in modo particolare l'Italia, sconvolgendo equilibri millenari. Si cercherà in questo lavoro di sottolineare, oltre che la ben nota intensità, anche la velocità - che in demografia, come del resto in tutti i fenomeni sociali, costituisce uno dei più importanti elementi critici del sistema - e le differenze territoriali.

Il fortissimo, e inatteso per intensità, calo della fecondità e allungamento della durata media della vita sono le cause più dirette e immediate dell'invecchiamento. Il controllo delle nascite sempre più diffuso ed efficace ha portato i paesi occidentali, e in particolare il nostro, a sperimentare i più bassi livelli di fecondità del mondo, mentre il controllo sulla morte precoce ha prolungato la durata media della vita al di là di quelli che si ritenevano essere i limiti biologici.

Per collocare l'Italia in un contesto internazionale si prende in esame la situazione nei paesi dell'Unione europea, nelle tre grandi potenze mondiali rappresentate dal Giappone, Russia e USA, e in tre paesi in via di sviluppo quali Cina, India e Nigeria, analizzando l'andamento della fecondità e della speranza di vita alla nascita.

Per le nostre analisi abbiamo elaborato i dati ONU (*World Population Prospects: The 1998 Revision*) e deciso di valutare gli effetti demografici delle tendenze in atto seguendo l'ipotesi di fecondità costante. Pertanto, per ciascun paese, abbiamo preso in considerazione, tra le ipotesi di variante bassa, media e alta, quella più vicina all'ipotesi di fecondità costante. Da sottolineare, a tal proposito, il ruolo di primo piano che la fecondità gioca sull'inevitabile processo di invecchiamento della popolazione. Infatti, così come si evince dalla tabella 1.1, ipotesi diverse di fecondità modificano, in modo sensibile, la struttura per età della popolazione: la percentuale degli ultrasessantenni sul totale della popolazione prevista al 2050, presenta una differenza di ben 10 punti percentuali tra la ipotesi di variante bassa e quella alta.

Tab. 1.1 - Popolazione totale italiana, incremento assoluto della popolazione di età inferiore e superiore ai 60 anni, percentuale di ultrasessantenni, osservate e proiettate, per le diverse ipotesi di fecondità, 2000-2050.

Numero medio di figli per donna		Popolazione (in milioni)				% 60 e più	
2000/05	2045/50	2000	2050	Incremento assoluto 2000-2050		2000	2050
				< 60	≥ 60		
	1,17 ^a		36,8 ^a	-23,6 ^a	+3,1 ^a		46,2 ^a
1,22	1,66 ^b	57,3	41,2 ^b	-19,2 ^b	+3,1 ^b	24,2	41,2 ^b
	2,06 ^c		46,8 ^c	-13,6 ^c	+3,1 ^c		36,3 ^c

Legenda: ^aIpotesi di variante bassa ^bIpotesi di variante media ^cIpotesi di variante alta

Fonte: elaborazione propria su dati ONU (*World Population Prospects: The 1998 Revision*)

In termini assoluti la popolazione di 60 anni e più si incrementa, indipendentemente dalle ipotesi di fecondità considerate (essendo al 2000 già tutta nata) di circa 3,1 milioni nel periodo 2000-2050. A variare è l'ammontare della popolazione al di sotto dei 60 anni, in quanto il decremento previsto tra il 2000 e il 2050, dovuto essenzialmente ad una forte diminuzione delle classi più giovani, arriva a 23,6 milioni di individui nell'ipotesi più pessimistica.

Meritano di essere analizzate più in dettaglio le cause che stanno alla base di tale meccanismo, facendo riferimento alle componenti "dinamiche" della popolazione rappresentate dalla fecondità e dalla mortalità.

Esaminando il numero di figli per donna nei paesi presi in considerazione, si riscontrano i più bassi livelli di fecondità tra i paesi dell'Unione europea, dove tale indicatore assume tra il 2000 e il 2005 valori ben al di sotto del livello di sostituzione, costituito da 2,06 figli per donna, che assicura tanto la crescita zero della popolazione quanto, circostanza non meno importante, la immutabilità della sua struttura per età.

D'altra parte, una situazione generalizzata di bassa fecondità nelle popolazioni occidentali è naturale, anzi auspicabile, in questo periodo storico: ciò che, invece, appare come un fatto dirompente e devastante riguarda i bassissimi livelli di fecondità registrati, ad esempio, in Italia e in Spagna e, nel caso del nostro paese, la "durata" del periodo di bassa fecondità che, protrandosi ormai da molti anni, ha provocato una diminuzione formidabile di popolazione in età giovanile.

Nell'ipotesi di fecondità costante delle proiezioni dell'ONU sono l'Italia e la Spagna a far registrare, tra il 2000 e il 2005, i più bassi valori pari, rispettivamente a 1,14 e a 1,05 figli per donna. Seguono lo stesso andamento, fortemente decrescente per la fecondità, la Grecia (con un numero medio di figli per donna pari a 1,18), la Germania (1,20) e il Portogallo (1,25). Valori altrettanto bassi si riscontrano anche in Russia (1,25) e in Giappone (1,33) (tavola 1 in appendice).

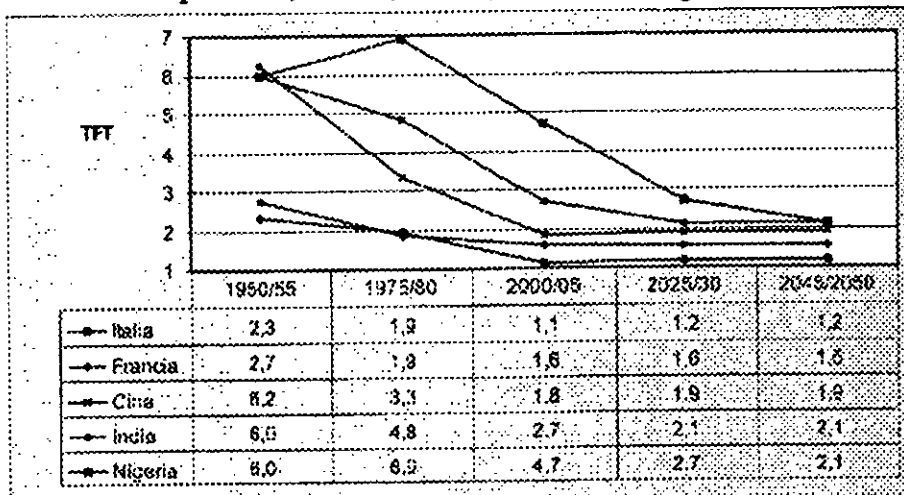
I decrementi più rilevanti nel numero medio di figli per donna si sono registrati nell'arco del cinquantennio 1950/55-2000/05 e hanno riguardato tutti i paesi considerati, interessando in modo particolare il Portogallo e la Spagna - con una variazione negativa di circa il 59% -, i Paesi Bassi (-53%), l'Italia (-51%) e la Grecia (-48%). Variazioni rilevanti si sono verificate anche nei paesi in via di sviluppo qui considerati, tra i quali è da segnalare la situazione della Cina che, passando da 6,2 numero medio di figli per donna nel 1950/55 a 1,8 nel 2000/05, fa registrare la variazione percentuale negativa più consistente pari al 70% circa.

Tutto ciò sta ad indicare come anche i paesi in via di sviluppo abbiano intrapreso lo stesso "cammino" dei paesi sviluppati verso la bassa fecondità. Anzi, mentre per la maggioranza dei paesi considerati si prevede nel prossimo cinquantennio (2000/05-2045/50) una leggera ripresa, Nigeria e India continuano a manifestare un andamento decrescente (figura 1.1), che sembra essere destinato a protrarsi nel tempo fino al conseguimento del tasso di sostituzione nullo: dal 2000/05 al 2045/50 dovrebbe, infatti, verificarsi in questi ultimi paesi una riduzione della fecondità rispettivamente del 55,3% e del 22,2%.

Per quanto riguarda, invece, la speranza di vita alla nascita si sono verificati negli ultimi anni e sono previsti nel futuro notevoli e generalizzati guadagni per entrambi i sessi (figure 1.2 e 1.3). Tra il 2000 e 2005, nei paesi europei il valore minimo per la speranza di vita media alla nascita dovrebbe essere pari a 73 anni per gli uomini e a 79 anni per le donne, contro rispettivamente i 57 e 62 del 1950 (tavole 2 e 3 in appendice).

Sempre nello stesso arco temporale, i valori più elevati della speranza di vita media che risultano pari a 77,2 e 83,3 anni, rispettivamente per maschi e femmine, si sono registrati in Giappone. I valori più bassi si toccano, invece, in Nigeria con una durata media della vita di 49 anni per gli uomini e 51,6 anni per le donne.

Fig. 1.1 - Numero medio di figli per donna (TFT, tasso di fecondità totale), osservato e proiettato, in Italia, Francia, Cina, India e Nigeria, 1950-2050.



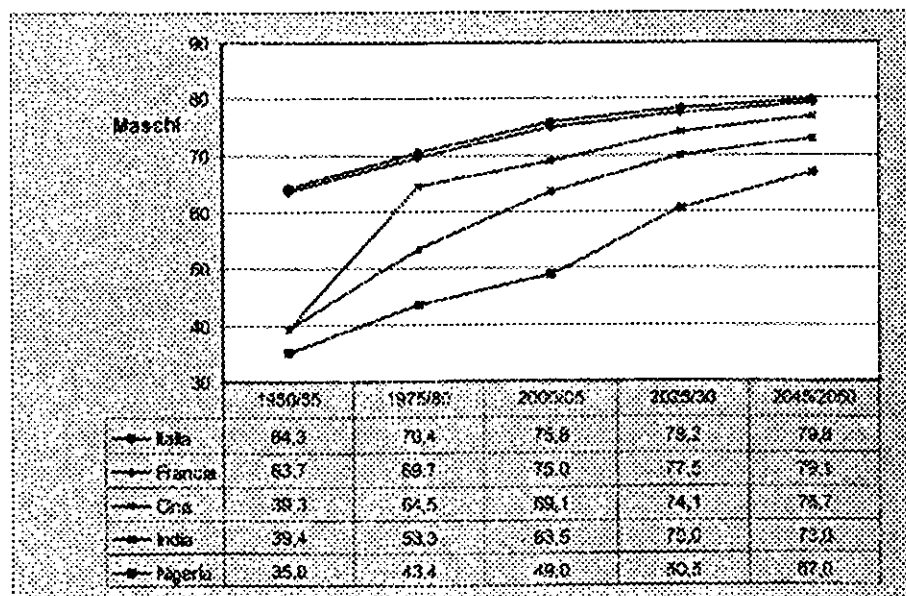
Per le varianti prese in considerazione, cfr. nota della tabella 1 in Appendice.

Fonte: World Population Prospects: The 1998 Revision, ONU

Nonostante ciò, gli incrementi maggiori nella speranza di vita dal 1950/55 al 2045/50 si dovrebbero registrare proprio per i paesi in via di sviluppo. Infatti in tali paesi si manifestano incrementi dell'ordine del 85-90% per gli uomini e addirittura superiori per le donne (in India si rileva una crescita della vita media femminile pari a circa il 102%).

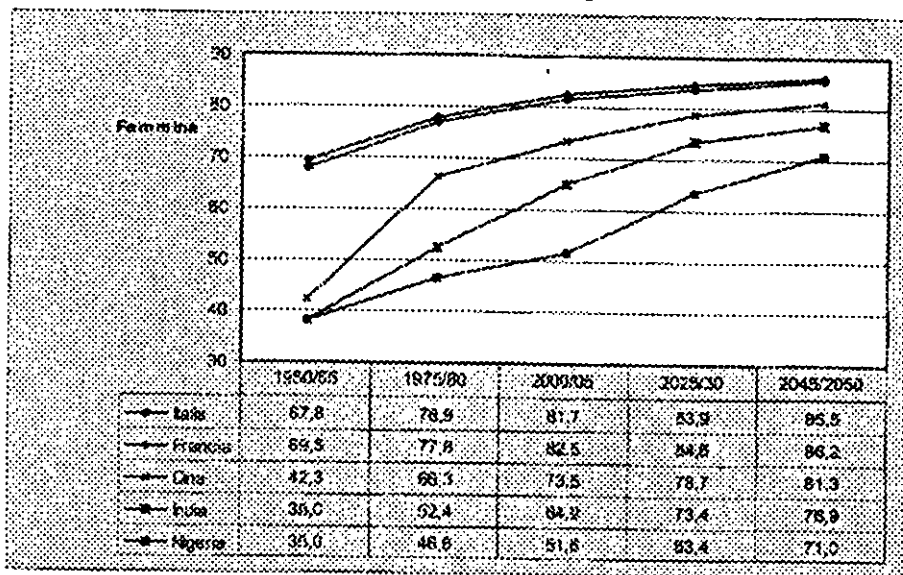
L'analisi per sesso evidenzia delle differenze notevoli tra maschi e femmine e particolarmente rilevanti nei paesi europei, specie in Francia e Portogallo, dove le donne vivono in media rispettivamente 7,5 e 6,8 anni in più degli uomini e in Russia con una differenza, a vantaggio delle donne, di ben 11,9 anni.

Fig. 1.2 - Speranza di vita alla nascita, osservata e proiettata, per il sesso maschile in Italia, Francia, Cina, India e Nigeria. Anni 1950-2050.



Fonte e nota: cfr. figura 1.1

Fig. 1.3 - Speranza di vita alla nascita, osservata e proiettata, per il sesso femminile in Italia, Francia, Cina, India e Nigeria. Anni 1950-2050.



Fonte e nota: cfr. figura 1.1

Il problema dell'allungamento della vita, collegato alla maggiore probabilità di contrarre, in età avanzata, una malattia cronica e/o una disabilità, è destinata ad assumere una portata crescente.

Alla situazione odierna, si è giunti dunque per effetto dell'evoluzione differenziata nel tempo di mortalità e fecondità che, storicamente, hanno concorso diversamente nel delineare la dinamica demografica. Se fino al secolo scorso, le variazioni erano legate soprattutto ad eventi eccezionali e la variabile "regolatrice" era la mortalità - con i suoi ricorrenti e fortissimi picchi dovuti ad epidemie, carestie e guerra - attualmente il "fulcro" delle trasformazioni demografiche è costituito dalla fecondità, il cui trend, così come precedentemente sottolineato, si sta omologando nei paesi europei i cui bassissimi livelli sono da considerarsi di "allarme" demografico se dovessero prolungarsi nel medio-lungo periodo.

È da ricondurre a queste componenti dinamiche della popolazione e alle considerazioni fatte la realtà dominante dei nostri giorni rappresentata dal fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, così come rilevabile dalla struttura per età dei paesi considerati. In particolare, dall'analisi della composizione percentuale della popolazione per fasce d'età si evidenzia come la rivoluzione demografica sembra destinata a consumarsi nel giro di poche generazioni, dopo millenni di sostanziale stabilità. In data vicina ai nostri tempi, in molti dei paesi dell'Unione europea si verificherà quello *scambio generazionale* caratterizzato dalla maggiore numerosità di anziani e vecchi rispetto a bambini e giovani.

Attualmente l'Italia è il paese più vicino al verificarsi di questo *scambio generazionale* poiché la percentuale di giovani (0-19 anni) sul totale della popolazione, ammonta alla data del 2000, al 19,2%, mentre quella degli anziani (65 anni e più) è pari al 18,2%, con una differenza pari ad un punto percentuale¹. Seguono questo processo, ma ad un ritmo meno veloce, la Grecia con una differenza di 3,4 punti percentuali, ed il Giappone con 3,5 (tavola 4 in appendice).

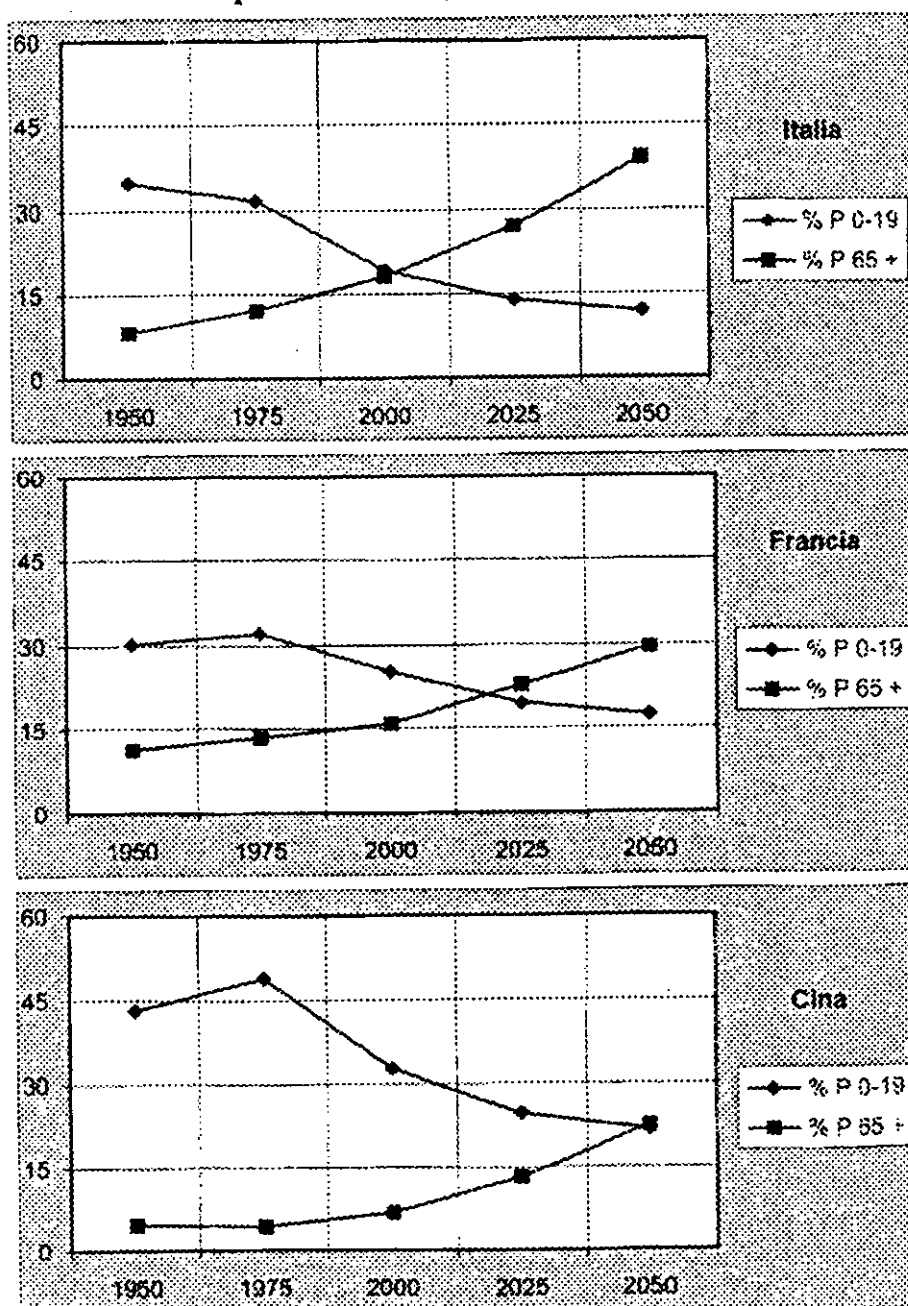
¹Tale scambio generazionale è già avvenuto, per la prima volta nella storia dell'umanità, in Italia nel 1995 considerando, però, le classi di età 0-15 anni e 65 e più o quelle 0-19 e 60 e più. In questo

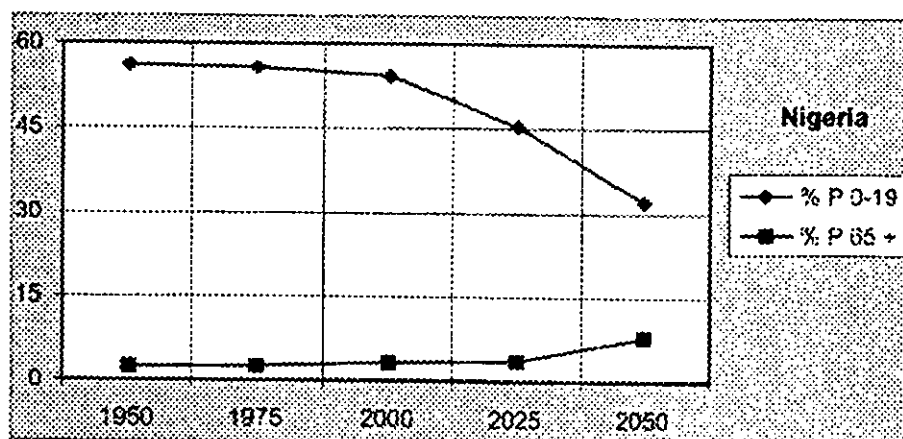
Rapporto si è fatto prevalente, anche se non esclusivo, riferimento alle classi 0-19 e 65 e più per tener conto del prolungamento della vita scolastica e di quella lavorativa.

Per mostrare ancor meglio il ruolo di avanguardia dell'Italia riportiamo in figura 1.4 quattro esempi significativi di come questo scambio generazionale avvenga in tempi diversi: dall'Italia che, come già detto, è precursore di questo fenomeno, alla Nigeria che al 2050 dovrebbe essere ancora lontana dallo "scambio".

Anche il peso della classe di età 45-64 anni risulta rilevante ai fini del nostro studio poiché rappresenta il contingente degli anziani del domani. Attualmente in Italia questa percentuale è alta (25,5%), ma in paesi come il Giappone e la Finlandia tale valore raggiunge rispettivamente il 28,3% e il 26,8%; ciò lascia presagire come questi paesi nel prossimo futuro si potrebbero trovare ad affrontare un incremento notevole di popolazione anziana.

Fig. 1.4 - Percentuale di popolazione con meno di 20 anni e con 65 anni e più, osservata e proiettata in Italia, Francia, Cina e Nigeria, 1950-2050.



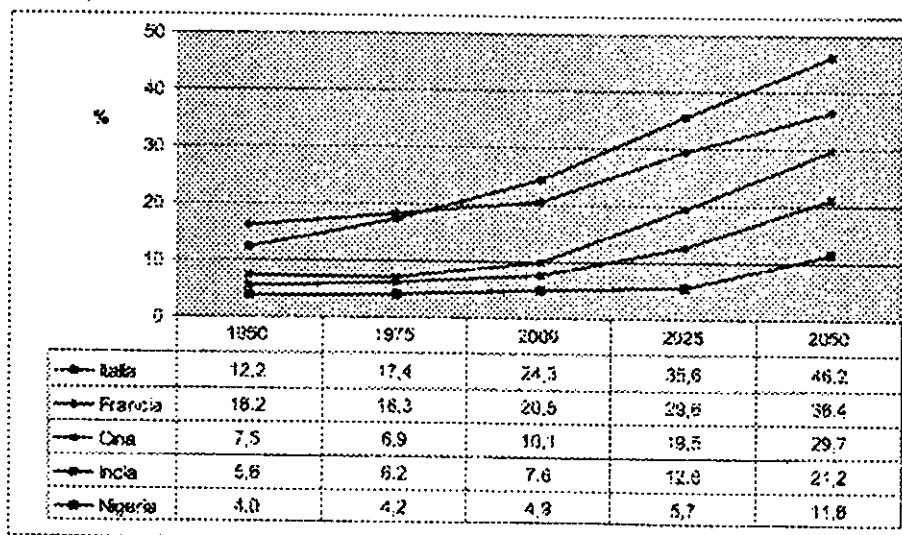


Fonte e nota: cfr. figura 1.1.

Un'ulteriore analisi può essere effettuata studiando l'andamento temporale della percentuale di popolazione ultrasessantenne e ultraottantenne sulla popolazione totale nei paesi considerati.

In particolare, dall'esame della figura 1.5 si può rilevare come l'incidenza della popolazione anziana presenti un andamento crescente nel tempo, con una velocità di crescita notevole in tutti i paesi considerati.

Fig. 1.5 - Percentuale di popolazione osservata e proiettata con 60 anni e più in Italia, Francia, Cina, India e Nigeria, 1950-2050.



Fonte e nota: cfr. figura 1.1

Nel 2000 la percentuale maggiore di popolazione anziana sul totale della popolazione è detenuta, con un valore del 24,3%, dall'Italia che continuerà - secondo le previsioni dell'Onu - a mantenere tale primato anche nel 2050, con una incidenza di ultrasessantenni sulla popolazione totale del 46,2%. A tale data, quindi, quasi una persona su due avrà più di 60 anni. Nel primo cinquantennio si è avuto un incremento di 12 punti, mentre nel secondo se ne potrebbe avere uno di ben 22 punti, poiché si prevede un flusso molto cospicuo di ultrasessantenni provenienti dalla generazione nata negli anni '60, periodo del "baby-boom", in cui si è registrato un elevatissimo numero di nascite.

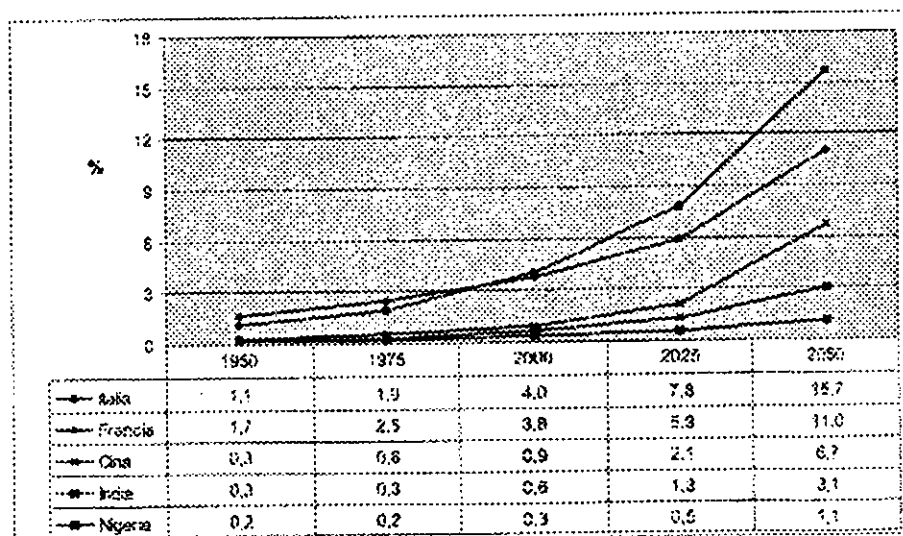
Per quanto riguarda, invece, la velocità dell'invecchiamento, relativamente al primo cinquantennio considerato (1950-2000), spicca tra i paesi europei la situazione della Grecia, che presenta un incremento della proporzione di ultrasessantenni pari al 140,4%, cui fanno seguito Portogallo (100,4%) e Spagna (99,4%). Nel prossimo cinquantennio quest'ultima sembra destinata a continuare la sua corsa verso l'invecchiamento della popolazione con un incremento del 115%, preceduta dall'Irlanda (118,3%) - che nel periodo 1950-2000 ha registrato una variazione soltanto del 3,5% - e seguita dall'Austria (110,8%).

Incrementi notevoli si registrano anche in Giappone dove nel primo cinquantennio se ne è verificato uno del 200,9% e in cui è prevista, per gli anni a venire, una crescita dell'invecchiamento più moderata rispetto a quella già registrata, ma ugualmente rilevante (85,2%).

Nei paesi in via di sviluppo la percentuale di popolazione anziana riscontrata è molto più bassa, sebbene anche in questo caso ci si aspettino in futuro variazioni straordinariamente significative: in Cina si passa da una incidenza sulla popolazione totale del 7,5% nel 1950, al 10,1% nel 2000, fino a raggiungere nel 2050 valori pari a quasi il 30% (tavole 5-6 in appendice).

Anche l'andamento degli ultraottantenni sottolinea la rapidità di crescita e il rilevante peso dei cosiddetti "grandi vecchi" (figura 1.6; tavole 7-8 in appendice).

Fig. 1.6 - Percentuale di popolazione osservata e proiettata con 80 anni e più in Italia, Francia, Cina, India e Nigeria, 1950-2050.



Fonte e nota: cfr. figura 1.1

Ancora una volta, al 2000, è l'Italia, insieme alla Svezia, al Regno Unito e alla Danimarca, a presentare valori più elevati pari a circa il 4,0%, con quasi 2 milioni 300 mila ultraottantenni.

Infatti, sebbene a tale data il valore maggiore sia detenuto dalla Svezia con il 5,0%, nel cinquantennio successivo è previsto per l'Italia un incremento del 293% circa, contro soltanto il 129% che spetta alla Svezia. In Italia si dovrebbe, cioè, arrivare ad avere nel 2050 il 15,7% di ultraottantenni, pari a circa 1 persona su 6. Ciò sottolinea la straordinaria velocità di crescita dell'invecchiamento della popolazione italiana, realtà particolarmente rilevante anche se rapportata al contesto internazionale di riferimento.

Interessante da notare è anche l'andamento della percentuale di ultraottantenni in uno dei paesi con la più bassa presenza dei "grandi vecchi", la Nigeria che,

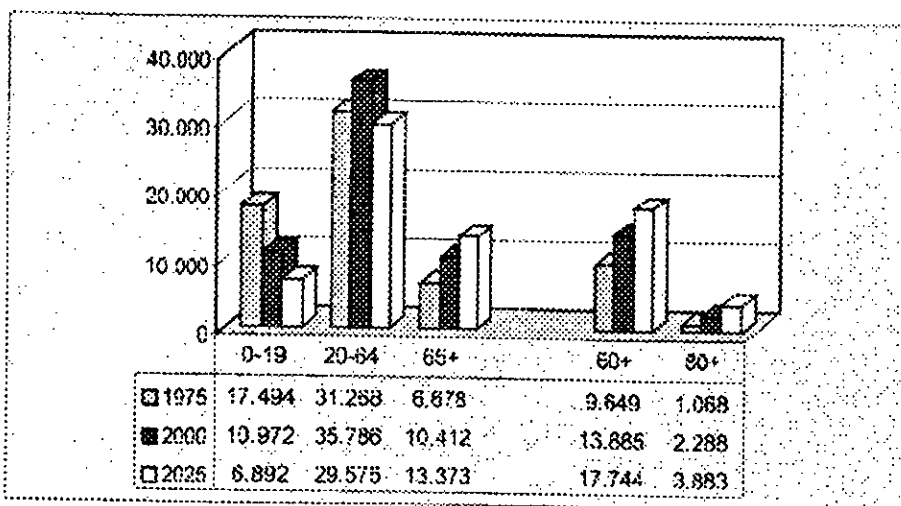
nonostante presenti valori dell'ordine dello 0,3% alla data del 2000, mostra nel cinquantennio successivo un incremento di tale percentuale di quasi il 250%. In Cina, poi, gli ultraottantenni potrebbero passare, fra il 2000 e il 2050, da 12 a 100 milioni, con un incremento, sconvolgente per l'economia e la società, del 764% (tavola 7-8 in appendice).

Si comprende, quindi, la complessità del processo di invecchiamento della popolazione che si manifesta come un fenomeno assai generalizzato, ad elevato e accelerato ritmo di crescita e caratterizzato da una forte differenziazione e variabilità territoriale.

1.2. L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE ITALIANA

È dunque al combinarsi di andamenti differenziati nel tempo e nello spazio di natalità e mortalità da ricondurre quella che nel paragrafo precedente è stata definita come la caratteristica demografica dominante della nostra epoca: "l'invecchiamento della popolazione". L'importanza e la portata di tale processo legato all'intensità del "nascere" e del "morire", porta verso conseguenze che si possono sintetizzare con un solo riferimento numerico, particolarmente significativo nella realtà italiana: mentre nel nostro paese al 1975 si contavano 17,5 milioni di giovani con meno di 20 anni e 9,6 milioni di ultrasessantenni, nel 2025 secondo le previsioni ONU, i due ammontari sarebbero quasi del tutto scambiati potendo essere pari rispettivamente a 6,9 e a 17,7 milioni (figura 1.7).

Fig. 1.7 - **Popolazione in Italia, osservata e proiettata, nelle fasce d'età 0-19, 20-64, 65 e più, 60 e più, 80 e più negli anni 1975, 2000 e 2025 (in migliaia).**



Fonte: cfr. figura 1.1

Tali tendenze si protrarranno anche nel futuro, alterando ulteriormente il rapporto tra i diversi segmenti di popolazione ed alimentando netti e pericolosi squilibri demografici con significativi mutamenti nel rapporto tra le varie classi di età e forti squilibri tra le classi di età estreme. Infatti, le variazioni maggiori riguardano - come già più volte sottolineato - i giovani (0-19 anni), il cui peso percentuale sul totale della popolazione, avendo subito un continuo e rilevante calo, si prevede, al 2025, più che

dimezzato rispetto ai valori riscontrati nel 1975. All'opposto, raddoppia il peso percentuale degli ultrasessantenni (dal 17,4% nel 1975 al 35,6% nel 2025), che risente in modo rilevante del notevole aumento dei grandi vecchi. Sono, infatti, gli ultraottantenni per i quali si prevede nel 2025 un peso percentuale più che quadruplicato rispetto a quello del 1975 e un incremento assoluto medio annuo di 64 mila individui nei 25 anni a venire (tabella 1.2).

Sostanzialmente invariato, invece, l'ammontare di popolazione di età compresa tra 20 e 64 anni, per cui si registrano infatti modeste variazioni se si considerano gli anni estremi dell'intero periodo, il 1975 e il 2025. Ma scindendolo in due sottoperiodi è assai importante notare come nel primo si sia avuto un aumento di 3,5 milioni, mentre nel secondo si dovrebbe avere una massiccia diminuzione di 6,2 milioni di individui (248 mila all'anno). È la prima volta nella storia della popolazione italiana che si avrà una diminuzione della popolazione in età lavorativa, per di più così consistente e prolungata, a meno che non si abbiano centinaia di migliaia di immigrati all'anno.

Tab. 1.2 - Popolazione italiana e variazione assoluta media annua in migliaia, composizione percentuale e variazione percentuale, osservate e proiettate, in varie fasce d'età, anni 1975, 2000, 2025.

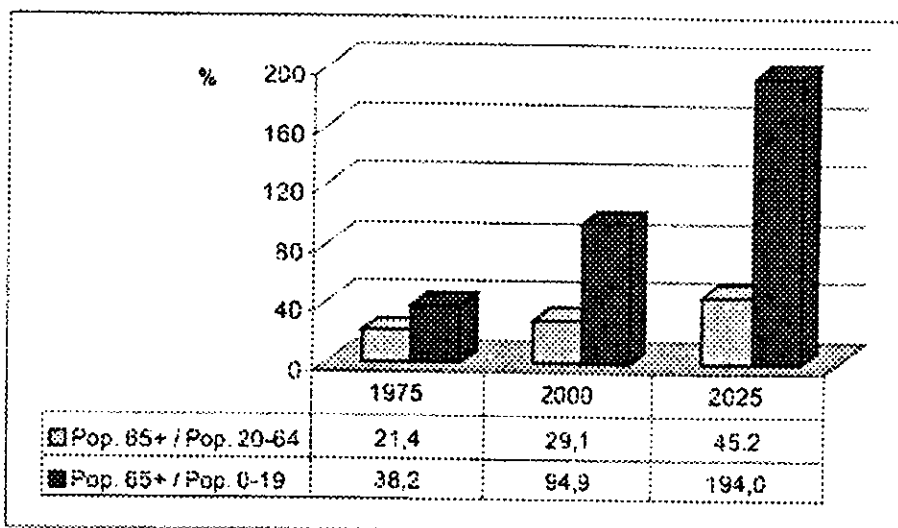
Classi di età	1975	2000	2025	1975/2000	2000/2025
	Valori assoluti (in migliaia)			Variazioni assolute medie annue (in migliaia)	
0-19	17.494	10.972	6.892	-260,9	-163,2
20-64	31.268	35.786	29.575	180,7	-248,4
65 +	6.678	10.412	13.373	149,4	118,4
60 +	9.649	13.885	17.744	169,4	154,4
80 +	1.068	2.288	3.883	48,8	63,8
Classi di età	Composizione percentuale			Variazioni percentuali medie annue	
0-19	31,6	19,2	13,8	-1,6	-1,1
20-64	56,4	62,6	59,3	0,4	-0,2
65 +	12,0	18,2	26,8	2,1	1,9
60 +	17,4	24,3	35,6	1,6	1,9
80 +	1,9	4,0	7,8	4,4	3,8

Fonte: cfr. tabella 1.1

Pertanto il rapporto tra la popolazione ultrasessantacinquenne e quella in età lavorativa (20-64 anni) evidenzia forte squilibri: tale rapporto è passato da un valore di 21,4 nel 1975 a 29,1 nel 2000, fino a un possibile 45,2 nel 2025. Ovvero, se nel 1975 si registrava poco più di una persona ultrasessantacinquenne ogni 5 in età lavorativa, nel 2000 questa proporzione cresce a 1 ogni 3, per poi passare nel 2025 ad un rapporto di quasi 1 anziano ogni 2 individui di età compresa tra i 20 e 64 anni (figura 1.8).

Le stesse considerazioni possono essere fatte in relazione alla proporzione di ultrasessantacinquenni sulla popolazione giovane (meno di 20 anni), che mette in luce il crescente peso relativo degli anziani. Infatti mentre nel 1975 si rilevavano 38 anziani ogni 100 giovani, nel 2000 si raggiunge quasi la parità (95 a 100) con una decisa inversione di tendenza nel 2025, data in cui è prevista la presenza di quasi due anziani per ogni giovane (figura 1.8).

Fig. 1.8 - Rapporto percentuale sulla popolazione in età lavorativa e sulla popolazione giovane della popolazione ultrasessantacinquenne, osservata e proiettata, anni 1975-2025.



Fonte: elaborazione propria su dati ONU (World Population Prospects: The 1998 Revision)

Tab. 1.3 - Numeri indice (base 1975) del rapporto tra la popolazione ultrasessantacinquenne sulla popolazione attiva e su quella con meno di 20 anni, anni 1975-2025.

Indicatori	N. indice (1975=100)		
	1975	2000	2025
Pop. 65+/Pop. 20-64	100,0	138,1	214,3
Pop. 65+/Pop. 0-19	100,0	250,0	510,5

Fonte: cfr. tabella 1.1

Da notare è il notevole incremento che entrambi gli indicatori sperimentano nell'arco di 50 anni, così come evidenziato dai numeri indice riportati nella tabella 1.3. Mentre la proporzione di sessantacinquenni sul totale della popolazione attiva si incrementa dal 1975 al 2025 di due volte tanto, l'indice di vecchiaia (Pop65+ / Pop0-19) supera cinque volte il valore registrato nel 1975.

Interessante può risultare lo studio dell'ammontare della popolazione con 75 anni e più e di quella di età compresa tra i 50 e i 64 anni, poiché la prima rappresenta il "potenziale dei genitori anziani" e la seconda quantifica grossolanamente il "potenziale contingente di figli" che "assistono" i propri genitori nella vecchiaia.

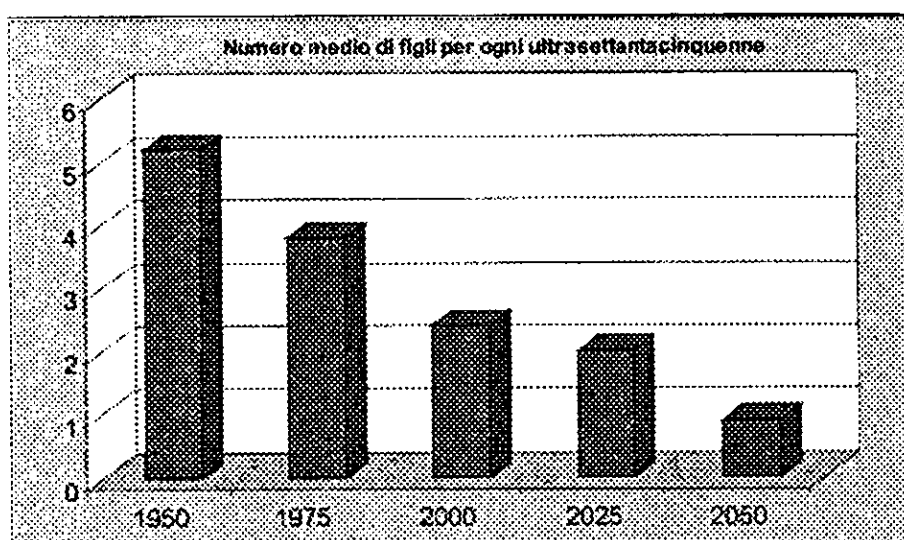
Osservando l'evoluzione temporale del rapporto tra questi due ammontari, si nota come in media nel 1950 un genitore poteva contare, in linea di massima, sull'assistenza di più di cinque figli, mentre nel 2000 tale proporzione si dimezza (2,4 figli per ogni genitore), fino a raggiungere nel 2050 un risultato clamoroso, toccando il valore di 0,9 "figli" per ciascun ultrasessantacinquenne. Il che significa che nel prossimo futuro molti anziani non avranno la possibilità di essere assistiti in un ambiente familiare dal momento che moltissimi di loro si ritroveranno senza figli (tabella 1.4; figura 1.9).

Tab. 1.4 - Popolazione italiana (in migliaia) di età 50-64 anni e 75 e più, e rapporto tra le due popolazioni, anni 1950-2050.

	1950	1975	2000	2025	2050
Pop 50-64	6.493	8.800	10.744	13.031	7.688
Pop 75+	1.241	2.289	4.552	6.611	8.931
Pop 50-64/pop 75+	5,2	3,8	2,4	2,0	0,9

Fonte: cfr. tabella 1.1

Fig. 1.9 - Rapporto tra popolazione di età 50-64 anni e di 75 anni e più, 1950-2050.



Fonte: cfr. figura 1.8

1.3. L'ANALISI REGIONALE

A contraddistinguere il nostro Paese non è solo il forte e veloce invecchiamento, ma anche le notevoli differenziazioni territoriali di tale processo. Il classico dualismo Nord-Sud, legato perlopiù a motivi di natura economica, si ripropone anche in campo demografico, come confermato dai più bassi valori del tasso di fecondità, dai più elevati valori della speranza di vita alla nascita e dalle maggiori percentuali di anziani che si registrano nelle regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali.

Tale invecchiamento ha comportato e va comportando una vera e propria mutazione demografica il cui fattore "leader" è, per ora, il calo intenso e veloce della fecondità del momento, arrivata a livelli così bassi da essere considerati inimmaginabili soltanto pochi anni fa. Parte di questo calo è certo dovuto al forte aumento dell'età media alla nascita di un figlio, e in specie di quella alla nascita del primo figlio; ma ai fini della valutazione del contributo del fattore fecondità all'invecchiamento della popolazione poco importa quale sia la causa della bassa fecondità. Quello che conta per l'invecchiamento è, come si è detto, il flusso annuale di nascite, il quale per altro a sua volta è largamente, ma non esclusivamente, dipendente dalla fecondità del periodo².

Tab. 1.5 - Numero medio di figli per donna (TFT), speranza di vita alla nascita e speranza di vita a 60 anni, per genere e regione, anno 1996.

Regioni	TFT	Speranza di vita alla nascita		Speranza di vita a 60 anni	
		M	F	M	F
Piemonte	1,05	74,5	81,0	19,2	23,8
Valle d'Aosta	1,20	74,5	81,0	19,2	23,8
Lombardia	1,10	74,0	81,3	18,8	24,0
Trentino-Alto Adige	1,38	74,7	82,2	19,4	24,7
Veneto	1,10	74,6	81,9	19,2	24,5
Friuli-Venezia Giulia	0,98	74,2	81,2	18,6	23,9
Liguria	0,94	74,4	81,0	19,4	24,0
Emilia-Romagna	1,01	75,4	81,9	20,0	24,6
Toscana	1,00	75,8	81,7	19,9	24,3
Umbria	1,06	76,0	82,0	20,0	24,4
Marche	1,09	76,5	82,5	20,5	24,8
Lazio	1,12	74,6	80,9	19,3	23,6
Abruzzo	1,19	75,7	81,5	20,0	24,0
Molise	1,17	75,7	81,5	20,0	24,0
Campania	1,57	73,7	79,4	18,4	22,2
Puglia	1,37	75,6	81,0	19,9	23,6
Basilicata	1,27	75,8	80,8	20,2	23,4
Calabria	1,35	75,6	80,7	20,0	23,4
Sicilia	1,47	74,8	79,8	19,4	22,5
Sardegna	1,03	74,7	81,4	19,9	23,9
ITALIA	1,20	75,0	81,3	19,4	24,0

Fonte: dati Istat

I valori medi al di sotto di 1 figlio per donna del tasso di fecondità spettano alla Liguria - regione più vecchia dell'Italia - e al Friuli Venezia-Giulia. D'altra parte anche nelle regioni meridionali (Campania e Sicilia), dove si registrano i più elevati valori del tasso di fecondità, il numero medio di figli per donna si mantiene di gran lunga al di sotto dei due figli necessari al mantenimento della specie e comunque sempre più bassi di quelli registrati in vari Paesi del Nord Europa (tabella 1.5).

Anche gli effetti della notevole riduzione della mortalità, registrata in particolare negli ultimi decenni, sono certamente assai importanti. Attualmente la durata della vita media ha superato i limiti biologici che pochi decenni fa da parte degli studiosi erano considerati irraggiungibili per la specie umana. Questo incremento eccezionale dell'aspettativa di vita non ha contribuito, dal punto di vista teorico, a risolvere il problema di quanto possa essere lunga la durata massima della vita per il genere umano e di quali siano i limiti "naturali" della longevità, mentre dal punto di vista pratico ha consentito e consente una sempre più lunga permanenza in vita delle persone ed un drastico aumento della probabilità per un neonato, in particolare una neonata, di diventare vecchio o molto vecchio.

In Italia la speranza di vita alla nascita è arrivata a 75 anni per l'uomo e a 81,3 per la donna. Notevoli incrementi si sono registrati anche per la speranza di vita a 60 anni che, al 1996, è arrivata a toccare rispettivamente 19,4 e 24 anni.

Esiste una differenza considerevole nella speranza di vita tra uomini e donne che assume in Italia il valore di 6,3 anni. Al crescere dell'età, però, il divario tra i due sessi si accentua; infatti anche se in termini assoluti la donna a 60 anni ha una speranza di vita superiore all'uomo di 4,6 anni rispetto ai 6,3 della speranza di vita alla nascita, questa differenza in termini relativi è ben più rilevante.

A livello regionale i valori più elevati della speranza di vita alla nascita, per gli uomini, si riscontrano nelle Marche e in Umbria, con rispettivamente 76,5 e 76 anni, mentre per le donne si riscontrano nelle Marche (82,5) ed in Trentino Alto Adige (82,2).

I valori più bassi per gli uomini si rilevano in Campania, con 73,7 anni, e in Lombardia, con 74 anni; per le donne è ancora la Campania a detenere i valori minimi (79,4) seguita questa volta dalla Sicilia con una speranza di vita alla nascita di 79,8 anni (tabella 1.6).

Tab. 1.6 - Regioni con la maggiore e minore speranza di vita alla nascita, per sesso, anno 1996.

	Uomini	Donne	
Regioni con i valori più elevati della speranza di vita			
Marche	76,5	82,5	Marche
Umbria	76,0	82,2	Trentino A. A.
Regioni con i valori più bassi della speranza di vita			
Campania	73,7	79,4	Campania
Lombardia	74,0	79,8	Sicilia

Fonte: cfr. tabella 1.5

Il gioco di tutta la demografia del passato - nascite, morti, urbanizzazione, spopolamento rurale e montano, migrazioni internazionali - si combina variamente nelle diverse regioni d'Italia dando luogo alla situazione attuale di una straordinaria caratterizzazione territoriale. Esistono, nel nostro Paese, differenze profondissime che sono tra le più forti nel mondo e che quindi non si riscontrano in paesi come il Canada, per fare un solo esempio, nei quali lo sviluppo economico e quello demografico sono stati molto meno eterogenei.

Le differenze territoriali si riscontrano a tutti i livelli. La percentuale di popolazione con 65 anni e più presenta al 1° gennaio 1999, uno scarto di 4 punti fra Centro-nord (19,1%) e Mezzogiorno (15,2%) (tabella 1.7, figura 1.10).

La caratterizzazione territoriale dell'invecchiamento sembra destinata ad accentuarsi. Infatti, la differenza nella presenza di persone con più di 60 anni tra il Centro-Nord (25,4%) ed il Mezzogiorno (20,3%) pari a 5 punti percentuali circa al 1.1.1999, sembra destinata a salire, come si vedrà più avanti, a quasi 9 punti percentuali nel 2024. Anche il maggior peso di ultraottantenni riscontrato nell'area settentrionale e centrale rispetto a quella meridionale e previsto per il futuro, confermano ulteriormente le divergenze territoriali segnalate.

² Se invece in futuro l'età media alla nascita di un figlio dovesse diminuire, e consistentemente, allora questa diminuzione, a parità di altre condizioni, comporterebbe un aumento del flusso

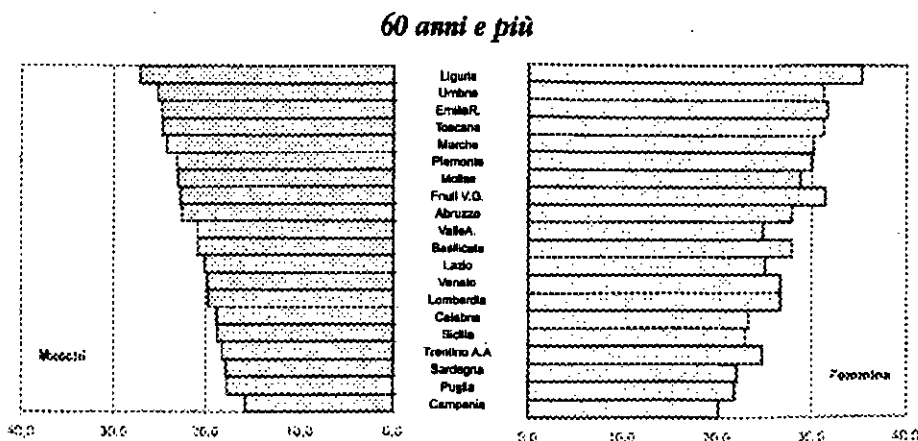
delle nascite e da qui un ringiovanimento della popolazione. Ma almeno per il breve-medio periodo un tale andamento appare del tutto improbabile.

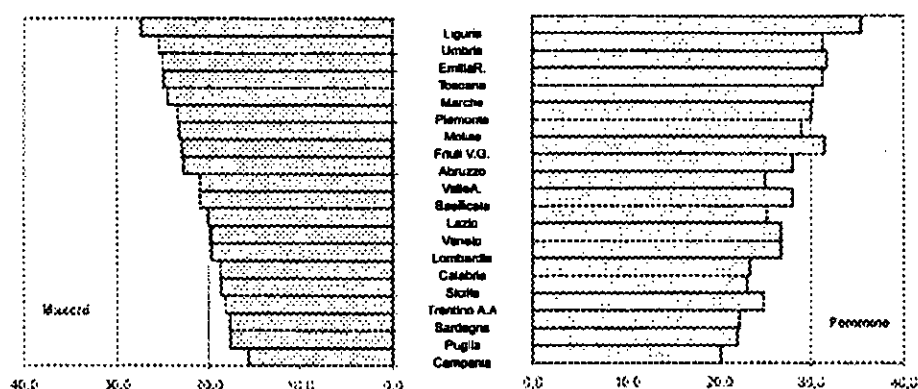
Tab. 1.7 - Percentuale di popolazione anziana di 60 anni e più, 65 anni e più, 80 anni e più, sul totale della popolazione, per genere e per regione, 1.1.1999.

Regioni	Percentuale di ultra60-enni			Percentuale di ultra65-enni			Percentuale di ultra80-enni		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
Piemontè	23,3	30,0	26,6	16,7	23,3	20,1	3,0	6,4	4,7
Valle d'Aosta	20,9	27,9	24,4	15,1	21,8	18,5	2,7	5,7	4,2
Lombardia	19,7	26,7	23,3	13,6	20,4	17,1	2,1	5,2	3,7
Trentino-Alto Adige	18,2	24,8	21,6	13,2	19,6	16,5	2,2	5,1	3,7
Veneto	19,8	26,7	23,4	14,1	20,8	17,5	2,4	5,5	4,0
Friuli-Venezia Giulia	22,9	31,4	27,3	16,6	25,0	21,0	3,1	7,2	5,2
Liguria	27,3	35,3	31,5	20,3	28,1	24,4	4,0	8,1	6,2
Emilia-Romagna	25,0	31,6	28,4	18,5	25,0	21,9	3,7	7,0	5,4
Toscana	24,9	31,2	28,2	18,5	24,7	21,7	3,6	6,8	5,2
Umbria	25,4	31,2	28,4	19,1	24,7	22,0	3,6	6,4	5,0
Marche	24,4	30,2	27,4	18,1	23,8	21,0	3,4	6,3	4,9
Lazio	20,1	25,1	22,7	14,2	19,0	16,7	2,3	4,4	3,4
Abruzzo	22,7	27,9	25,4	16,9	22,1	19,6	3,2	5,5	4,4
Molise	23,2	28,8	26,1	17,6	22,8	20,3	3,6	5,9	4,8
Campania	15,7	20,2	18,0	11,2	15,4	13,4	1,7	3,3	2,5
Puglia	17,6	21,9	19,8	12,8	16,7	14,8	2,2	3,8	3,0
Basilicata	20,9	24,9	23,0	15,5	19,1	17,3	2,8	4,3	3,6
Calabria	18,8	23,3	21,1	13,8	18,0	15,9	2,6	4,3	3,4
Sicilia	18,7	23,0	21,0	13,8	17,7	15,8	2,5	4,1	3,3
Sardegna	17,7	22,1	19,9	12,9	16,8	14,9	2,5	4,1	3,3
Italia	20,5	26,3	23,5	14,8	20,4	17,7	2,6	5,2	3,9
Nord	21,7	28,7	25,3	15,5	22,3	19,0	2,7	6,0	4,4
Centro	22,6	28,2	25,5	16,5	21,9	19,3	2,9	5,6	4,3
Mezzogiorno	18,0	22,4	20,3	13,1	17,2	15,2	2,3	4,0	3,2

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat

Fig. 1.10 - Percentuale di popolazione di 60 anni e più e di 80 anni e più, sul totale della popolazione, per genere e regione, 1.1.1999 (graduatoria decrescente ordinata sul sesso maschile).



80 anni e più

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat

Ancora più forti sono le differenze tra le varie regioni: il minimo regionale di invecchiamento spetta alla Campania, in cui la presenza percentuale di ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione regionale ammonta all'11,2 per gli uomini ed al 15,4 per le donne, mentre il massimo spetta alla Liguria con quote pari al 20,3 per gli uomini e al 28,1 per le donne (tabella 1.7). Le differenze sono tali che al 1.1.1999, è ultrasessantacinquenne 1 uomo su 5 in Liguria ed 1 su 10 in Campania, mentre è ultrasessantacinquenne meno di 1 donna su 3 in Liguria ed 1 su 6 in Campania.

Infatti la Liguria fa parte di quella che in demografia è definita "fascia di fortissimo invecchiamento", un semicerchio che corre dal Nord al Sud Europa. Esso inizia nella parte centro-meridionale della Svezia e della Norvegia, passa per la parte centro-meridionale del Regno Unito, per quella meridionale della Francia e per quella centrale della penisola iberica, per terminare in Italia in alcune province liguri e piemontesi.

A conferma del diverso livello di invecchiamento tra le regioni può essere più esplicitativo considerare l'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione con 65 anni e più e quella giovane (meno di 20 anni), in ciascuna regione.

Dalla figura 1.11 si nota facilmente come molte delle regioni del Nord e del Centro abbiano abbondantemente superato il livello di parità, il che significa che c'è un più elevato numero di anziani rispetto ai giovani. Nel Sud e nelle isole, invece, ci si assesta intorno a valori più contenuti, mostrando la notevole quota di giovani ancora presenti in queste regioni.

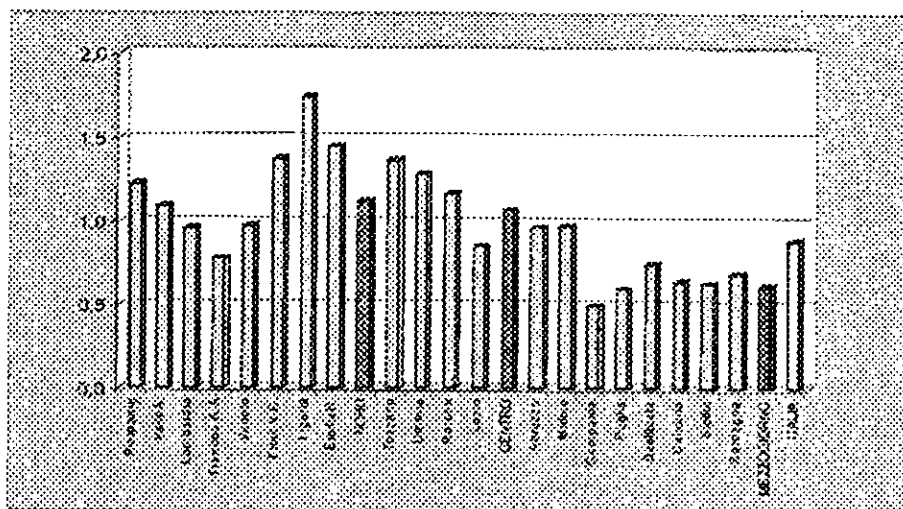
Infatti, come si può rilevare dalla figura 1.12, nelle varie regioni lo *scambio generazionale* viene raggiunto in tempi diversi. Passando dal Nord al Sud questo meccanismo di inversione della popolazione anziana e giovane avviene sempre più tardi. Infatti, come già detto, la Liguria, insieme al Friuli, all'Emilia Romagna e al Piemonte, al 1999 ha già vissuto questo fenomeno; il Lazio dovrebbe sperimentarlo intorno al 2009, la Calabria intorno al 2014 e la Campania per ultima intorno al 2024.

La forte variabilità del fenomeno dell'invecchiamento si manifesta anche a livello locale, denotando situazioni estremamente vulnerabili e complesse non solo in ambito provinciale ma finanche a livello comunale, dove si riscontrano realtà che presentano il 4-6% di persone con più di 65 anni o, per contro, addirittura il 40-60%.

Pertanto, la straordinaria novità degli anni a venire rispetto a quelli passati non riguarda soltanto l'incremento di popolazione anziana quanto la sua dinamica che nel nostro Paese si rivela dunque - per intensità e velocità, ma anche per durata temporale del processo e per la differenziazione territoriale - una delle più significative nel mondo intero. Questi connotati rendono plausibile etichettare il nostro Paese come "anticipatore" nel processo demografico dell'invecchiamento; rispetto alla realtà demografica riscontrata negli altri paesi, l'Italia può svolgere il ruolo di "laboratorio".

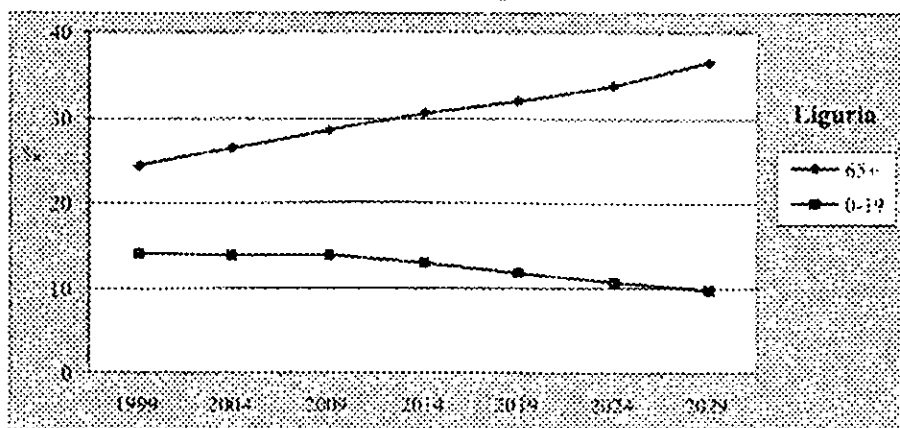
Una situazione tanto diversificata pone problemi politici ed organizzativi di grande portata e di non facile soluzione. Innanzitutto il problema dei flussi monetari, dell'allocazione di risorse e della localizzazione di strutture e servizi socio-sanitari. È certo difficile ottimizzare le risorse ed i servizi nelle situazioni riscontrate in alcune regioni, dove proprio le zone interne molto più invecchiate hanno pochissime risorse umane e infrastrutturali, o, ad esempio, tutelare il patrimonio edilizio dei centri storici delle grandi città in presenza di numerosi individui anziani, che appartengono ad una categoria di persone con minore redditi, minore istruzione e minori interessi e spinte psicologiche da convogliare sul mantenimento o addirittura sul restauro di abitazioni degradate o fatiscenti. C'è in secondo luogo il problema, relativamente più semplice in via teorica ma non meno difficile in pratica, della razionalizzazione delle risorse esistenti. Per fare un solo esempio, il problema della riconversione del personale e dei reparti ospedalieri in funzione dell'assai ridotto flusso e stock di bambini e dell'assai incrementato flusso e stock di anziani e vecchi.

Fig. 1.11 - **Indice di vecchiaia per regione, 1.1.1999** (numero di persone con 65 anni e più per ogni persona con meno di 20 anni).



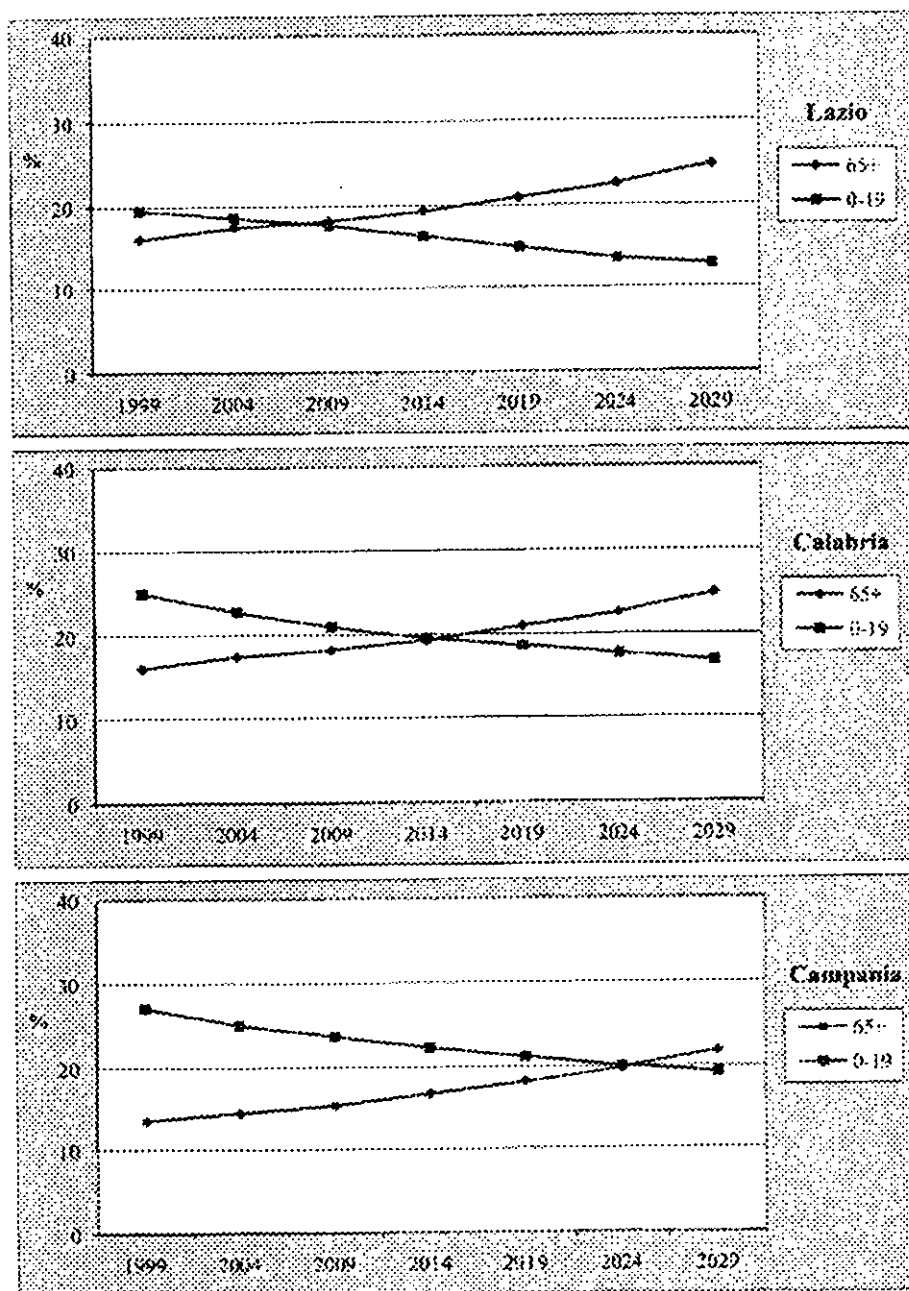
Fonte: cfr. figura 1.10

Fig. 1.12 - Percentuale di popolazione con meno di 20 anni e con 65 anni e più in Liguria, Lazio, Calabria e Campania, 1999-2029.



Nota di tab. 1.88

Fonte: previsioni Golini, De Simoni, base 1999 (inedite)



1.4. UNO SGUARDO AL FUTURO DELL'INVECCHIAMENTO NELLE REGIONI ITALIANE

Le prospettive future descrivono una realtà degna della massima attenzione poiché la percentuale di anziani in tutta Italia continuerà ad aumentare. Infatti, indipendentemente dall'andamento della fecondità, si registrerà negli anni futuri un suo notevole incremento¹.

¹Le prospettive regionali di popolazione cui ci si riferisce nel testo sono dovute a Golini e De Simoni e sono le più aggiornate prendendo, come anno di base, il 1999. Queste proiezioni, appena prodotte e al momento inedite, tengono conto, ovviamente, della immigrazione straniera regolare che si è avuta fino a tutto il 1998, ma considerano una immigrazione nulla nel periodo di previsione, fino al 2024. E questo per due ragioni: la

prima è che così si mettono meglio in luce le "pure" conseguenze demografiche delle tendenze in atto di fecondità e mortalità; la seconda è che è straordinariamente difficile prevedere quale possa essere in futuro il flusso migratorio che interesserà le singole regioni italiane. È comunque intenzione degli autori predisporre elaborazioni con qualche ipotesi alternativa sul possibile futuro flusso migratorio a livello di ripartizione.

Dalla tabella 1.8 si evidenzia come dal 1999 al 2024 ci si può aspettare che la popolazione totale subisca un decremento. Tale riduzione è la combinazione di due componenti: una legata all'andamento della popolazione anziana, il cui incremento assoluto rimane costante al variare delle ipotesi di fecondità; l'altra, riferita alla popolazione con meno di 65 anni, determina con i suoi diversi livelli di decrescita, un maggiore o minore peso degli anziani (65 anni e più) sul totale della popolazione.

Questo sta ad indicare come il processo di invecchiamento sia attualmente inarrestabile e come, per frenare la sua crescita, occorra intervenire anche sui livelli di fecondità⁴. Certamente tale soluzione non è facile da applicare, ma le alternative sono chiare: in Italia se si verificasse l'ipotesi di una fecondità in ulteriore decrescita, la percentuale degli ultrasessantacinquenni passerebbe dal 17,7% del 2000 al 27,5% del 2024. Nel caso più favorevole, cioè ipotizzando una ripresa della fecondità fino a 1,8 figli per donna nel 2024, si avrebbe comunque un forte aumento dell'invecchiamento; si raggiungerebbe infatti una percentuale del 24,8%, ma con una differenza di 2,7 punti rispetto al caso peggiore.

Facendo una analisi a livello di grandi aree geografiche, il Centro-nord, nel 1999, detiene la percentuale più alta di persone anziane e si prevede che tale andamento continuerà nel tempo, raggiungendo livelli elevatissimi soprattutto nel Nord-ovest, dove l'incremento assoluto di questa fascia di popolazione sarà superiore al milione. Tale incremento si traduce in termini percentuali in un peso del 30,2%, nell'ipotesi più pessimista, corrispondente ad un livello di fecondità pari a 0,90, cioè meno di un figlio per donna. Questo significherebbe che quasi 1 persona su 3, nel 2024, avrà più di 65 anni. Anche nell'ipotesi migliore, la percentuale di ultrasessantacinquenni passerà, dal 1999 al 2024, dal 18,7% al 27,4% (tabella 1.8).

Situazione meno critica si riscontra al Sud dove la percentuale di anziani al 1999 è la minore di tutte, ma comunque raggiungerà al 2024 livelli importanti. Infatti nell'ipotesi di bassa fecondità il peso degli anziani, al 2024, sarà pari al 23,3%, cioè quasi una persona su quattro avrà più di 65 anni. Certamente anche questa è una realtà preoccupante visto che in termini assoluti si potranno contare al 2024 ben 965 mila anziani in più rispetto ad oggi.

Non meno interessanti e ancora più importanti sotto il profilo operativo sono dati e tendenze relativi alle singole regioni. Dalla tabella 1.9 si evince come:

— i valori percentuali più alti di popolazione ultrasessantacinquenne al 1999 si registrano in Liguria (24,4%), Umbria (22,0%) ed Emilia-Romagna (21,9%). Queste regioni continueranno a detenere la percentuale più alta anche nell'immediato futuro, accompagnate dalla Toscana e dal Friuli-Venezia Giulia;

— i valori percentuali più bassi di popolazione ultrasessantacinquenne al 1999 si riscontrano in Campania (13,4%), Puglia (14,8%) e Sardegna (14,9%), ma anche queste regioni sperimenteranno nel futuro un fortissimo invecchiamento. Nel 2024 la percentuale più bassa continuerà ad essere registrata in Campania, ma con valori intorno al 20% che nel 2049 potrebbero raggiungere il 30%;

— la regione che potrebbe registrare la proporzione più forte di aumento è la Sardegna, che passerà da una percentuale di ultrasessantacinquenni pari al 15,0% nel 1999 ad una del 42,4% nel 2049. Ciò è dovuto al fatto che questa regione sta subendo

⁴In un recente studio condotto dalle Nazioni Unite (Population Division, 2000) è stato calcolato che, ove si volesse mantenere costante in Italia il rapporto fra la popolazione 15-64 anni e popola-

ne 65 anni e più, si dovrebbe avere un flusso netto di immigrazione pari a 2 milioni e 268 mila persone all'anno.

una fortissima riduzione della fecondità, che, come precedentemente detto, è uno dei fattori determinanti l'invecchiamento della popolazione;

— i valori più elevati di incremento assoluto medio annuo, nell'imminente futuro, cioè per i primi 25 anni considerati, vedono in Lombardia, Lazio, Campania, Veneto, Puglia e Sicilia un aumento di oltre 10 mila anziani l'anno. Il caso più importante risulta la Lombardia in cui, nell'arco dei prossimi 25 anni, si prevede un aumento di circa 730 mila ultrasessantacinquenni, cioè un flusso annuale pari a circa 29 mila "nuovi" anziani;

Tab. 1.8 - Popolazione totale italiana, incremento assoluto della popolazione di età inferiore e superiore ai 65 anni, percentuale di ultrasessantacinquenni, osservate e proiettate, per le diverse ipotesi di fecondità, per grandi ripartizioni geografiche, anni 1999-2024.

Fecondità		Popolazione (in milioni)				% 65 e più	
1999	2024	1999	2024	Incremento assoluto 1999-2024		1999	2024
				< 65	> 65		
NORD-OVEST							
	0,90 ^d		12.693 ^d	-3.388 ^d	1.011 ^d		30,2 ^d
1,11	1,11 ^c	15.070	12.997 ^c	-3.084 ^c	1.011 ^c	18,7	29,5 ^c
	1,80 ^e		14.015 ^e	-2.066 ^e	1.011 ^e		27,4 ^e
NORD-EST							
	0,90 ^d		8.921 ^d	-2.268 ^d	628 ^d		30,1 ^d
1,12	1,13 ^c	10.561	9.153 ^c	-2.036 ^c	628 ^c	19,4	29,3 ^c
	1,80 ^e		9.846 ^e	-1.343 ^e	628 ^e		27,2 ^e
CENTRO							
	0,90 ^d		9.430 ^d	-2.324 ^d	682 ^d		29,9 ^d
1,09	1,10 ^c	11.072	9.648 ^c	-2.106 ^c	682 ^c	19,3	29,2 ^c
	1,80 ^e		10.439 ^e	-1.315 ^e	682 ^e		27,0 ^e
SUD							
	0,90 ^d		13.304 ^d	-1.819 ^d	965 ^d		23,3 ^d
1,40	1,41 ^c	14.158	14.215 ^c	-908 ^c	965 ^c	15,0	21,8 ^c
	1,80 ^e		14.942 ^e	-181 ^e	965 ^e		20,7 ^e
ISOLE							
	0,90 ^d		6.239 ^d	-967 ^d	453 ^d		24,1 ^d
1,35	1,37 ^c	6.753	6.620 ^c	-586 ^c	453 ^c	15,6	22,8 ^c
	1,80 ^e		7.000 ^e	-206 ^e	453 ^e		21,5 ^e
ITALIA							
	0,90 ^d		50.587 ^d	-10.766 ^d	3.740 ^d		27,5 ^d
1,22	1,23 ^c	57.613	52.633 ^c	-8.720 ^c	3.740 ^c	17,7	26,5 ^c
	1,79 ^e		56.242 ^e	-5.111 ^e	3.740 ^e		24,8 ^e

N.B.: in assenza di migrazioni, al fine di meglio valutare l'impatto delle tendenze demografiche in atto

Legenda * Ipotesi di fecondità in declino
 ^c Ipotesi di fecondità costante
 ^e Ipotesi di fecondità in ripresa

Ponte: elaborazione propria su previsioni Golini, De Simoni, base 1999 (inedite)

– in termini relativi i tassi di incremento più elevati e superiori alla media nazionale si registreranno in Sardegna (1,9% all'anno), Campania e Puglia (1,7%), Lazio e Lombardia (1,6%), Trentino Alto Adige (1,5%) e Veneto (1,4%);

– a partire dal 2030 circa in Liguria, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana ed anche in Friuli-Venezia Giulia diminuirà il numero degli anziani (in valore assoluto), perché arriveranno nelle età anziane le leve "sguarnitissime" nate negli anni '70 e '80. Comunque la percentuale di ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione regionale aumenta, ma questo non deve stupire visto che le leve con meno di 65 anni sono molto meno numerose di quelle che hanno superato tale età aumentando, quindi, il peso di questi ultimi sulla popolazione totale.

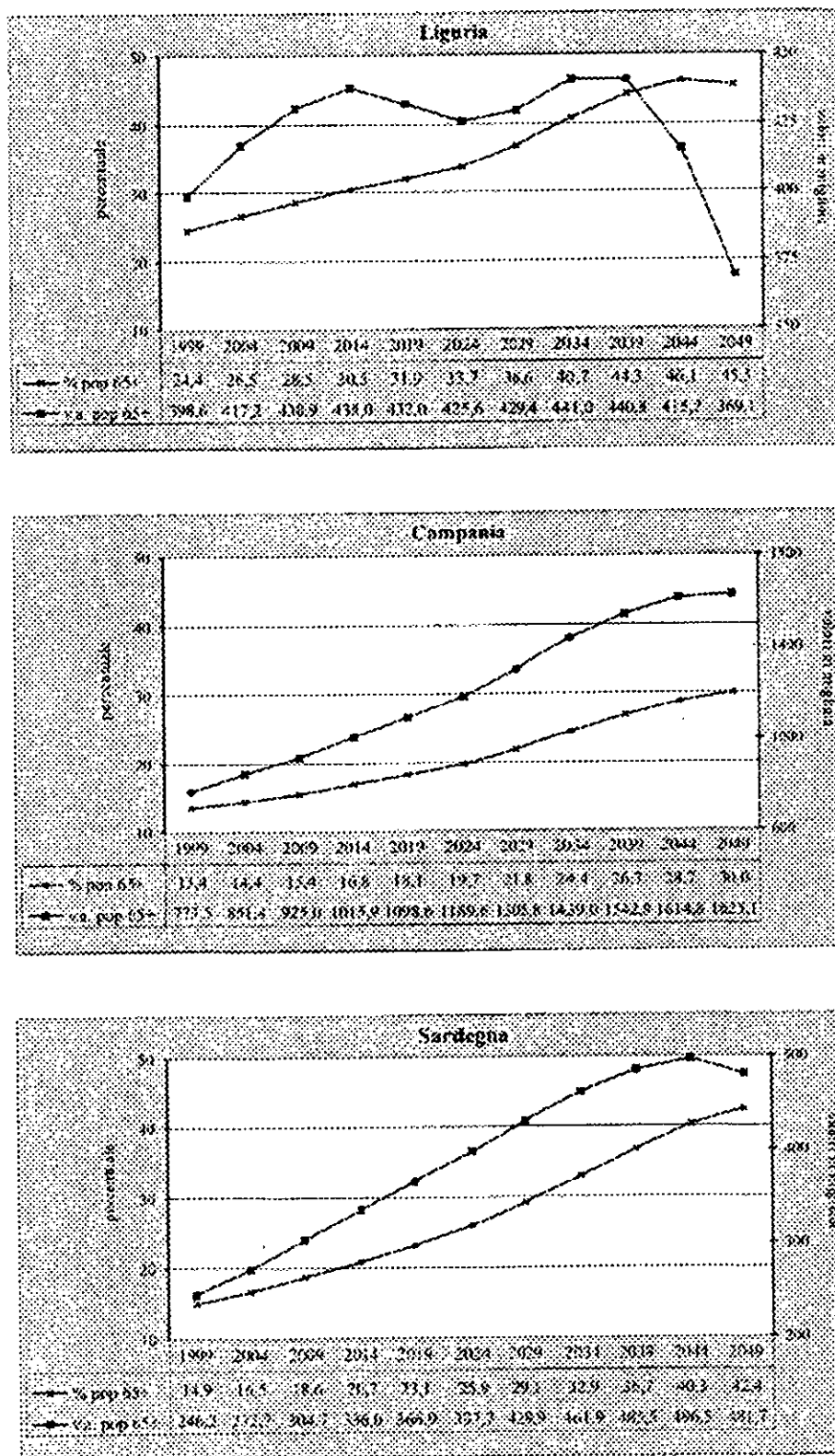
Dall'analisi sopra descritta si evidenziano, quindi, tre diverse tipologie di regioni: la Liguria, che pur presentando dal 2034 una riduzione, prima più lenta poi più veloce, nel numero assoluto di anziani (con una conseguente necessità di ridimensionamento delle strutture dedicate agli anziani) mostra una crescita del loro peso percentuale, la Campania che presenta un notevole aumento di popolazione in termini assoluti ma un incremento percentuale più moderato, e la Sardegna che nell'arco di 50 anni dovrebbe raddoppiare la popolazione anziana, passando da 246 mila individui a 482 mila, e presentare un aumento notevolissimo nel peso percentuale, passando da un valore del 14,9% ad uno del 42,2% (figura 1.13).

Tab. 1.9 - Valori assoluti (in migliaia) e percentuale di popolazione ultrasessantacinquenne, incremento assoluto medio annuo (in migliaia) e tasso percentuale di incremento medio annuo, dati osservati e proiettati, per i periodi 1999-2024 e 2024-2049, per regione.

Regioni	Valori assoluti (in migliaia)			% sul totale regionale			Incremento assoluto medio annuo (in migliaia)		Tasso % di incremento medio annuo	
	1999	2024	2049	1999	2024	2049	1999/2024	2024/2049	1999/2024	2024/2049
Piemonte	861	1.108	1.053	20,1	30,7	42,2	9,9	-2,1	1,0	-0,2
Valle d'Aosta	22	30	31	18,5	29,0	41,4	0,3	0,0	1,2	0,1
Lombardia	1.542	2.272	2.336	17,1	28,3	40,4	29,2	2,6	1,6	0,1
Trentino-Alto Adige	153	221	251	16,5	24,7	34,3	2,7	1,2	1,5	0,5
Veneto	787	1.118	1.193	17,5	27,8	40,4	13,2	3,0	1,4	0,3
Friuli-Venezia Giulia	248	302	283	21,0	31,3	43,8	2,2	-0,8	0,8	-0,3
Liguria	397	426	369	24,4	33,7	45,5	1,2	-2,3	0,3	-0,6
Emilia-Romagna	865	1.039	984	21,9	31,9	44,6	7,0	-2,2	0,7	-0,2
Toscana	766	922	875	21,7	31,4	43,8	6,2	-1,9	0,7	-0,2
Umbria	183	213	208	22,0	30,3	42,2	1,2	-0,2	0,6	-0,1
Marche	306	372	378	21,0	29,4	40,8	2,6	0,2	0,8	0,1
Lazio	878	1.308	1.386	16,7	27,6	39,8	17,2	3,1	1,6	0,2
Abruzzo	250	308	339	19,6	26,8	38,7	2,3	1,2	0,8	0,4
Molise	67	78	87	20,3	26,2	38,1	0,4	0,4	0,6	0,4
Campania	774	1.190	1.625	13,4	19,7	30,0	16,6	17,4	1,7	1,3
Puglia	604	926	1.187	14,8	22,6	34,4	12,9	10,4	1,7	1,0
Basilicata	105	137	170	17,3	23,6	36,0	1,3	1,3	1,1	0,9
Calabria	329	456	583	15,9	22,4	34,2	5,1	5,1	1,3	1,0
Sicilia	806	1.109	1.380	15,8	21,8	31,4	12,1	10,8	1,3	0,9
Sardegna	246	398	482	14,9	25,9	42,4	6,1	3,4	1,9	0,8
ITALIA	18.190	24.379	25.199	15,7	26,5	37,7	14,6	13,8	1,3	0,8

Fonte: cfr. tabella 1.8

Fig. 1.13 - Popolazione ultrasessantacinquenne, in migliaia e in percentuale in Liguria, Campania e Sardegna, 1999-2049.



Fonte: cfr. figura 1.12

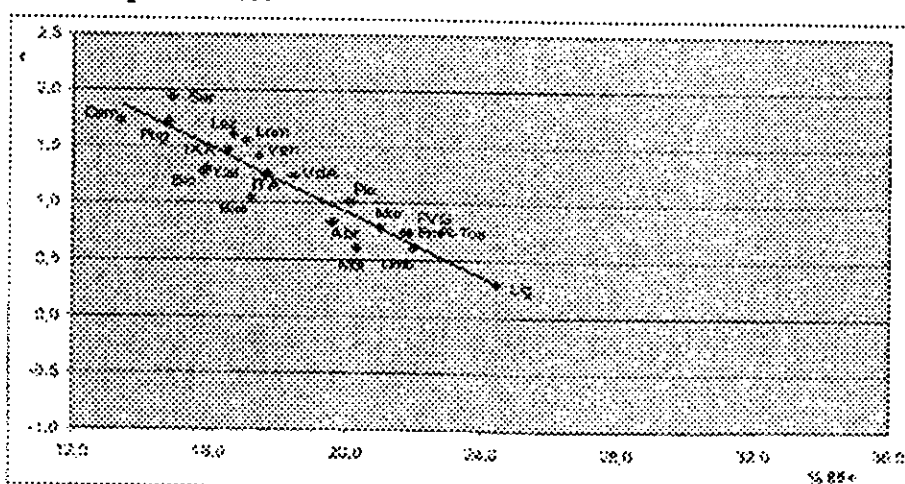
Interessante da notare è che a questo processo di invecchiamento nessuno può sfuggire; infatti si evidenzia come le regioni che registrano attualmente proporzioni più basse di ultrasessantacinquenni sperimenteranno, nei prossimi cinquant'anni, tassi di incremento più elevati. Il che significa che regioni già molto vecchie al 1999 continueranno il loro processo demografico, e quelle relativamente più "giovani" invecchieranno molto velocemente, raggiungendo anch'esse livelli importanti. Se si pone l'attenzione sulla regione Sardegna si può vedere bene tale fenomeno, dal momento che, pur partendo da uno dei livelli più bassi di percentuale di popolazione anziana (65 anni e più), nel 2049 raggiungerà quasi i livelli della Liguria, regione più vecchia d'Italia.

Per meglio illustrare il fenomeno descritto in quest'ultimo punto riportiamo nelle figure 1.14 e 1.15 la posizione delle regioni ordinate, in modo crescente, in base alla percentuale di ultrasessantacinquenni, con il corrispondente tasso di incremento medio annuo. Le regioni più a sinistra dei grafici sono proprio quelle che presentano una più bassa percentuale di persone anziane ed un più elevato tasso di incremento.

Il forte e accelerato invecchiamento, unitamente alla sua notevole ed elevata variabilità territoriale definiscono, dunque, lo scenario demografico del nostro paese, prospettando un futuro alquanto incerto ed estremamente complesso, difficile da prevedere e finanche da immaginare, ma su cui tuttavia occorre assolutamente indagare per poter fronteggiare tutte le criticità provenienti dai mutamenti in atto. D'altra parte, come vedremo in seguito il quadro demografico tracciato può costituire un prezioso e rilevante strumento di analisi nella valutazione della situazione socio assistenziale e sanitaria di un paese, mettendo in luce i forti legami esistenti tra stato di salute, cronicità e disabilità e variabili demografiche, quali sesso ed età e fattori socio-comportamentali.

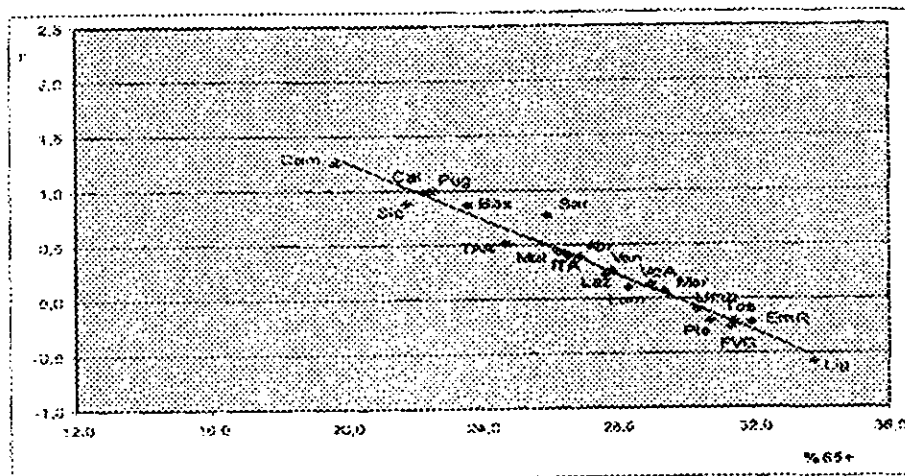
Gli aspetti considerati sottolineano, dunque, il ruolo di "avanguardia assoluta", in ambito demografico svolto dal nostro paese rispetto ad un fenomeno del tutto nuovo e senza precedenti nella storia dell'umanità. La mancanza di riferimenti storici a cui ispirarsi per le politiche di aggiustamento in campo sociale, sanitario, economico e politico rende la problematica alquanto delicata ed impone la necessità di un approfondito e accurato studio interpretativo, per l'individuazione e la sperimentazione di nuovi modelli. Questa esigenza esplorativa potrà favorire i paesi come la Francia, ad esempio, che seguono con grande distanza temporale il nostro percorso e che, non solo potrà contare su un più graduale processo di adeguamento, ma potrà ispirarsi alle politiche che avremo condotto con successo e evitare, invece, quelle che si saranno rivelate negative.

Fig. 1.14 - Regioni per percentuale di popolazione ultrasessantacinquenne al 1999 e tasso di incremento medio annuo di tale popolazione nel periodo 1999/2024.



Fonte: elaborazione propria su previsioni Golini, De Simoni, base 1999 (inedite)

Fig. 1.15 - Regioni per percentuale di popolazione ultrasessantacinquenne al 2024 e tasso di incremento medio annuo di tale popolazione nel periodo 2024/2049.



Fonte: cfr. figura 1.14

PAGINA BIANCA

2

GLI ANZIANI IN FAMIGLIA

2.1. LE TRASFORMAZIONI DELLA FAMIGLIA

Le rapide e profonde trasformazioni verificatesi nell'ultimo cinquantennio in ambito demografico, economico e sociale hanno inciso profondamente sulle famiglie, provocandone rilevanti cambiamenti sia a livello strutturale, che relazionale e sociale.

Sono cambiamenti culturali, pressioni sociali verso nuove divisioni dei compiti e definizioni dei ruoli in famiglia, grandi trasformazioni, soprattutto femminili, rispetto ai valori della famiglia e nei comportamenti familiari.

L'incremento di fecondità - prima accentuato, poi sempre più debole - che ha portato al "baby boom", il successivo calo delle nascite in atto dalla metà degli anni sessanta, l'introduzione del divorzio, il progressivo invecchiamento della popolazione hanno, da un lato, accresciuto il numero di famiglie, dall'altro, contribuito a variare la loro dimensione media. In particolare, il quadro che emerge negli anni più recenti mostra una minore presenza (media) di figli nelle famiglie ed un netto aumento della quota di famiglie costituite da coppie di anziani o da anziani soli, prevalentemente di sesso femminile. Viene quindi sempre più delineandosi il processo di transizione che segna il passaggio da una struttura familiare "allargata", caratterizzata dalla convivenza di più "nuclei", ad una struttura più "ristretta" o, addirittura, mononucleare. Tutto ciò viene ad essere accompagnato da una larga diffusione, per scelta o per necessità, della tipologia anomala costituita dalla "famiglia unipersonale".

Si sono, quindi, modificati i rapporti numerici tra genitori e figli, tra fratelli e sorelle e le famiglie multigenerazionali diventano sempre più diffuse comportando un incremento del numero di generazioni coesistenti (anche se non coabitanti). Il numero dei nonni e dei bisnonni cresce, simultaneamente il numero dei bambini si riduce, i figli restano sempre più a lungo nella casa dei genitori, segnando il passaggio da un tipo di famiglia "orizzontale" ad uno di tipo "verticale".

In Italia il processo di cambiamento della famiglia, pur manifestando caratteristiche e tendenze comuni ai paesi dell'Unione europea, presenta delle interessanti e singolari specificità. Infatti, nonostante le numerose e complesse trasformazioni delle famiglie nel nostro paese è ancora forte il riferimento a schemi tradizionali che, creando legami di continuità con il passato, frenano la diffusione di comportamenti familiari nuovi. Non a caso, la tipologia familiare più frequente nel nostro paese è ancora rappresentata dalla coppia coniugata con figli (il divorzio, infatti, è ancora poco diffuso) e la cura degli anziani viene delegata quasi esclusivamente ai familiari stessi, essendo molto poco frequente in Italia, a differenza degli altri paesi europei, l'istituzionalizzazione dell'anziano.

Proprio per questo motivo il contesto familiare costituisce il più importante punto di riferimento per la cura e l'assistenza dell'anziano. Le relazioni all'interno della famiglia, infatti, assumono una rilevanza particolare poiché le ultime fasi della vita sono segnate da grandi cambiamenti che implicano una riorganizzazione della vita e una nuova concezione della famiglia e della rete di relazioni dell'anziano. La terza e la quarta età sono, infatti, le età del ritiro dal lavoro, le età in cui è più facile rimanere soli dopo la morte del proprio compagno o compagna di vita, le età in cui si avverte fortemente il bisogno di aiuto e la dipendenza dagli altri.

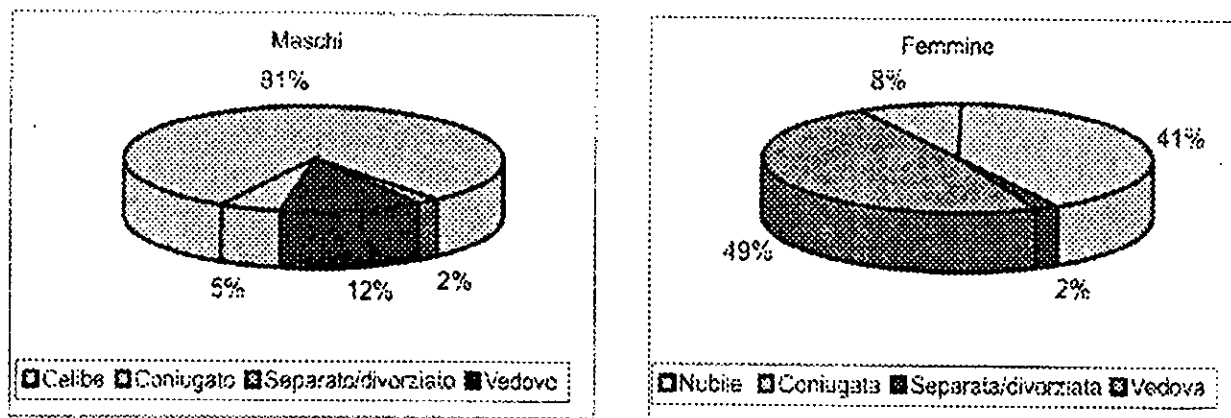
La famiglia diventa perciò elemento ancora più importante per la qualità della vita dell'anziano poiché rappresenta il contesto fondamentale entro cui egli può presumibilmente continuare ad esercitare un ruolo attivo ricevendo sostegno e, se necessario, adeguate risposte alle proprie esigenze di aiuto e assistenza. Non a caso è in famiglia che l'anziano passa la maggior parte delle sue giornate (considerando il ridursi della mobilità all'aumentare dell'età), nonostante le differenti tipologie e realtà familiari, in cui gli anziani vivono. Per questo è importante individuare e definire le caratteristiche e peculiarità delle famiglie in cui vivono gli anziani.

2.2. IL CONTESTO FAMILIARE DEGLI ANZIANI

Nel descrivere le tipologie familiari che più frequentemente accolgono l'anziano, bisogna considerare che lo stato civile è fortemente correlato, nelle età anziane, al tipo di sistemazione familiare.

La caratteristica più evidente è che il 41% delle donne con 65 anni e più è coniugata contro quasi il doppio degli uomini (81%); il 49% delle anziane è vedova contro soltanto il 12% degli anziani (figura 2.1). La vedovanza, in effetti, incide maggiormente sulle donne a qualsiasi età ed infatti, attualmente, ci sono più di cinque donne vedove per ogni uomo vedovo.

Fig. 2.1 - Percentuale di ultrasessantacinquenni per genere e stato civile, anno 1998.



Fonte: dati Istat

La maggiore prevalenza dell'uomo coniugato e della donna vedova lascia intendere facilmente quali sono le tipologie familiari che caratterizzano la terza età. La maggior parte degli uomini, tra i 60-64 anni ricoprono il ruolo di capofamiglia vivendo in coppia con i figli (52%) mentre dai 65 anni in poi vivono, prevalentemente, soltanto con la propria compagna (55%). Le donne, invece, vivono prevalentemente in "coppia senza figli" fino ai 75 anni, mentre nelle età successive, vivono per lo più da sole (44,7%) (tabelle 2.1 e 2.2).

In sostanza, se interessano prevalentemente gli uomini quelle situazioni familiari basate sul rapporto di coppia, con o senza figli, sono le donne a sperimentare realtà familiari particolari (vivendo da sole oppure in nuclei monogenitore o

membri isolati), caratterizzate dallo scioglimento del rapporto di coppia, dovuto prevalentemente alla scomparsa del coniuge. Infatti questa condizione di "solitudine" della donna anziana è da ricondurre a vari fattori quali la maggiore età degli uomini rispetto a quella della loro mogli, la più elevata mortalità maschile, oltre alla maggiore propensione, da parte degli uomini, a contrarre un nuovo matrimonio. Ogni anno mediamente muoiono circa 185 mila uomini coniugati lasciando altrettante vedove, mentre solo in 65 mila casi circa sono le coniugate a morire prima dei loro mariti.

Tab. 2.1 - **Persone di 60 anni e più per classi di età, contesto familiare e genere, anno 1998 (dati in migliaia).**

	Classe di età			Totale
	60-64	65-74	75 e più	
Maschi				
Famiglie senza nuclei: una persona sola	112.930	231.370	231.810	576.110
Altre famiglie senza nuclei	34.006	59.245	22.337	115.590
Con coppia con figli come membro aggregato	5.974	23.210	43.942	73.127
Con coppia senza figli come membro aggregato	1.992	11.122	16.075	29.189
Con nucleo monogenitore come membro aggregato	1.823	5.230	4.643	11.696
In coppia con figli come genitore	851.170	740.440	172.020	1.763.600
In coppia con figli come figlio	0	142	0	142
In coppia senza figli	538.190	1.390.800	868.340	2.797.300
In nucleo monogenitore come genitore	35.604	58.210	43.973	137.790
In nucleo monogenitore come figlio	11.792	10.170	0	21.962
In famiglie con più nuclei	36.867	86.115	59.921	182.900
Totale	1.630.330	1.616.030	1.463.860	5.709.400
Femmine				
Famiglie senza nuclei: una persona sola	222.350	909.300	1.107.400	2.239.000
Altre famiglie senza nuclei	54.595	145.460	162.330	362.380
Con coppia con figli come membro aggregato	16.776	108.250	258.620	383.640
Con coppia senza figli come membro aggregato	8.045	20.786	94.363	123.190
Con nucleo monogenitore come membro aggregato	5.574	16.141	52.841	74.555
In coppia con figli come genitore	537.760	419.570	70.030	1.027.400
In coppia con figli come figlio	2.254	0	1.605	3.859
In coppia senza figli	606.930	1.394.200	447.070	2.448.200
In nucleo monogenitore come genitore	163.900	273.990	225.250	663.150
In nucleo monogenitore come figlio	15.438	13.536	0	28.973
In famiglie con più nuclei	36.209	79.811	57.859	173.880
Totale	1.669.330	1.381.070	2.477.350	7.528.260

Fonte: dati Istat

Tab. 2.2 - Composizione percentuale delle persone di 60 anni e più per classi di età, contesto familiare e genere, anno 1998.

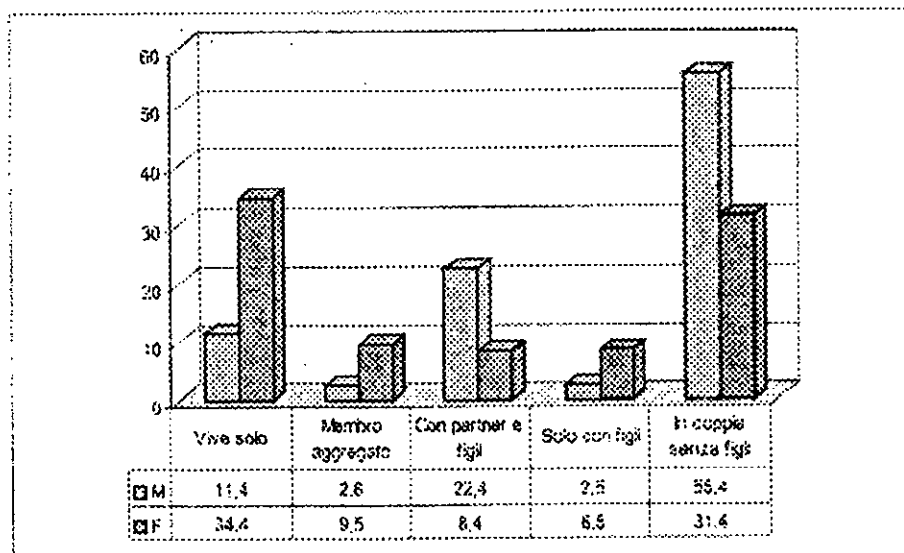
	Classi di età				
	60-64	65-74	75 e più	60 e più	65 e più
Maschi					
Famiglie senza nuclei: una persona sola	6,9	8,8	15,8	10,1	11,4
Altre famiglie senza nuclei	2,1	2,3	1,5	2,0	2,0
Con coppia con figli come membro aggregato	0,4	0,9	3,0	1,3	1,7
Con coppia senza figli come membro aggregato	0,1	0,4	1,1	0,5	0,7
Con nucleo monogenitore come membro aggregato	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2
In coppia con figli come genitore	52,2	28,3	11,8	30,9	22,4
In coppia con figli come figlio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
In coppia senza figli	33,0	53,2	59,4	49,0	55,4
In nucleo monogenitore come genitore	2,2	2,2	3,0	2,4	2,5
In nucleo monogenitore come figlio	0,7	0,4	0,0	0,4	0,3
In famiglie con più nuclei	2,3	3,3	4,1	3,2	3,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Femmine					
Famiglie senza nuclei: una persona sola	13,3	26,9	44,7	29,7	34,4
Altre famiglie senza nuclei	3,3	4,3	6,6	4,8	5,3
Con coppia con figli come membro aggregato	1,0	3,2	10,4	5,1	6,3
Con coppia senza figli come membro aggregato	0,5	0,6	3,8	1,6	2,0
Con nucleo monogenitore come membro aggregato	0,3	0,5	2,1	1,0	1,2
In coppia con figli come genitore	32,2	12,4	2,8	13,7	8,4
In coppia con figli come figlio	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
In coppia senza figli	36,4	41,2	18,1	32,5	31,4
In nucleo monogenitore come genitore	9,8	8,1	9,1	8,8	8,5
In nucleo monogenitore come figlio	0,9	0,4	0,0	0,4	0,2
In famiglie con più nuclei	2,2	2,4	2,3	2,3	2,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: cfr. tabella 2.1

Dalla figura 2.2 si riscontra, infatti, che la percentuale di donne che vivono sole risulta tripla rispetto a quella degli uomini: ben 34 donne, con 65 anni e più, su 100 (circa 2 milioni) vivono sole contro soltanto 11 uomini su 100 (circa 463 mila).

Interessante sottolineare è la maggiore diffusione di persone che, al crescere dell'età, vivono insieme ad uno o più nuclei familiari senza farne parte, cioè come membro aggregato. Questa percentuale, che risulta molto più elevata per il sesso femminile, è imputabile soprattutto alla diminuzione di autosufficienza, che porta gli anziani a chiedere l'assistenza dei loro familiari. La più alta longevità delle donne spiega, quindi, la loro maggior presenza in questo contesto familiare. Nel 1998, quasi 10 donne anziane su cento vivono come membro aggregato (figura 2.2).

Fig. 2.2. - Persone di 65 anni e più per contesto familiare e genere, anno 1998
(per 100 persone dello stesso genere ed età).



Fonte: cfr. figura 2.1

Da alcuni decenni il numero delle famiglie in Italia va aumentando mentre la dimensione media delle stesse è diminuita. Ciò come conseguenza del processo di invecchiamento della popolazione che ha prodotto non solo un incremento assoluto di popolazione anziana ma anche un aumento consistente delle famiglie composte da un solo anziano.

Dalla tabella 2.3 si rileva una problematica oggi molto attuale: la segregazione generazionale. Essa indica la tendenza di una determinata classe di età a chiudersi in se stessa e/o a limitare al massimo i contatti con persone di altre generazioni.

Tab. 2.3 - Percentuale di famiglie con almeno un anziano e famiglie con tutti anziani nel 1989-1990, nel 1994-1995 e nel 1998 (per cento famiglie).

Classi di età	1989-1990	1994-1995	1998
Famiglie con almeno un anziano			
60 +	40,0	47,6	43,6
65 +	30,3	38,2	34,5
75 +	14,5	17,0	16,0
80 +	7,4	10,5	8,4
Famiglie con tutti anziani			
60 +	23,6	22,5	25,2
65 +	17,9	18,7	20,5
75 +	7,9	7,7	8,3
80 +	3,8	4,6	4,2

Fonte: cfr. tabella 2.1

Le famiglie con almeno un anziano sono andate dapprima aumentando, dal 1989/90 al 1994/95, e poi diminuendo. Infatti mentre nel 1994-1995 circa 38 famiglie su 100 registravano la presenza di almeno un anziano di 65 anni e più in casa, al 1998 questa quota si è ridotta, arrivando a 34,5. Questo stesso andamento lo si è rilevato in tutte le classi di età prese in esame. Contemporaneamente è aumentato il numero di famiglie costituite da tutti anziani, che per la fascia di età 65 anni e più ha registrato un continuo aumento a partire dal 1989-1990, passando da un valore del 17,9% ad uno del 20,5% nel 1998.

Oltre al problema della "segregazione generazionale" si evidenzia una tendenza all'isolamento che gli anziani sperimentano al crescere dell'età. Infatti il peso che la tipologia familiare "persone sole" ha sul totale delle famiglie costituite da tutti anziani è notevolmente elevato: nella classe di età 60 anni e più tale valore ammonta al 52,6% sul totale delle famiglie con tutti anziani, nella classe di età 65 anni e più tale valore raggiunge il 57%, per poi arrivare all'85,6% nella classe 80 anni e più. All'opposto nelle famiglie senza anziani predominano le coppie con figli (64,1%) (tabella 2.4).

Tab. 2.4 - Famiglie con nessun anziano e famiglie con tutti anziani per classi di età della persona di riferimento e tipologia familiare, anno 1998 (composizione percentuale).

Tipologia familiare	Famiglie di tutti anziani				Famiglie con nessun anziano
	60 +	65 +	75 +	80 +	
Persona sola	52,6	57,0	76,1	85,6	15,0
Altre famiglie senza nuclei	2,7	2,3	1,3	1,7	0,9
Coppie senza figli	44,0	40,3	22,6	12,7	12,5
Coppie con figli	0,0	0,0	-	-	64,1
Monogenitore	0,7	0,4	-	-	6,9
Famiglie con due o più nuclei	0,0	-	-	-	0,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: cfr. tabella 2.1

2.3. ANALISI PER AREE GEOGRAFICHE

Esistono anche differenze interessanti nella distribuzione territoriale, che denotano diversità negli stili e nelle condizioni di vita.

Del totale delle famiglie del Nord-ovest il 26,7% è costituito da famiglie con tutti anziani e con persona di riferimento un ultrasessantenne, cioè più di una famiglia su quattro è costituita da tutti anziani, contro il 23,2% registrato al Sud, con una differenza di 3,5 punti. Si nota come all'aumentare dell'età della persona di riferimento tale differenza risulti meno evidente fino a raggiungere 1,1 punti percentuali tra il Nord-ovest e le Isole.

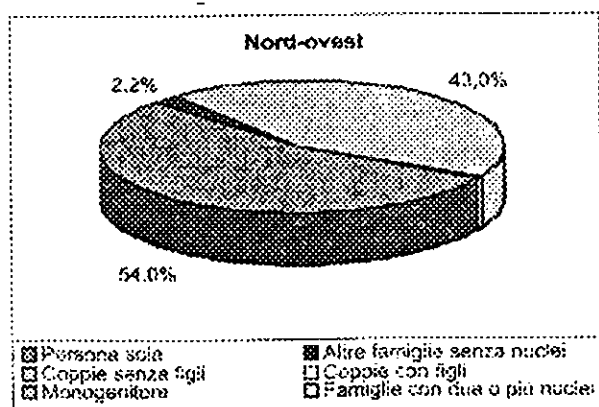
Questo divario rispecchia i diversi gradi di invecchiamento della popolazione distribuita sul territorio che conta 1 milione 602 mila famiglie di tutti anziani (60 anni e più) al Nord-ovest rispetto alle 535 mila delle Isole (tabella 2.5).

Tab. 2.5 - Famiglie con tutti anziani per ripartizione geografica e classe di età della persona di riferimento, anno 1998 (valori assoluti in migliaia e per 100 famiglie della stessa area geografica).

Ripartizioni geografiche	60 +	65 +	75 +	80 +
Valori assoluti (in migliaia)				
Nord-Ovest	1.602	1.282	498	272
Nord-Est	1.014	828	341	161
Centro	1.119	914	381	182
Sud	1.081	887	366	191
Isole	535	440	173	78
Italia	5.351	4.350	1.759	884
Per 100 famiglie				
Nord-Ovest	26,7	21,4	8,3	4,5
Nord-Est	25,1	20,5	8,4	4,0
Centro	26,6	21,7	9,1	4,3
Sud	23,2	19,0	7,8	4,1
Isole	23,3	19,1	7,5	3,4
Italia	25,2	20,5	8,3	4,2

Fonte: cfr. tabella 2.1

Fig. 2.3 - Famiglie con tutti anziani di 60 anni e più per tipologie familiari nelle aree geografiche Nord ovest e Sud, anno 1998 (composizione percentuale).



Fonte: cfr. figura 2.1

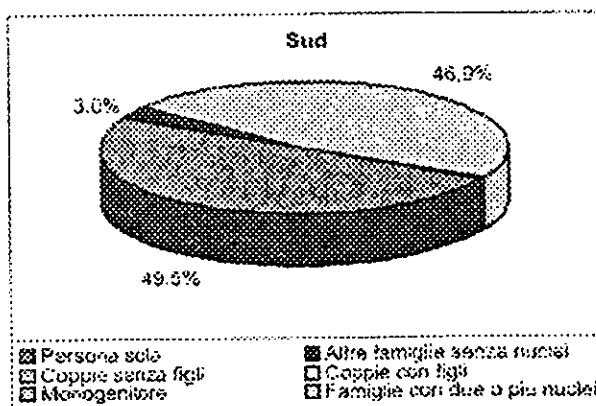
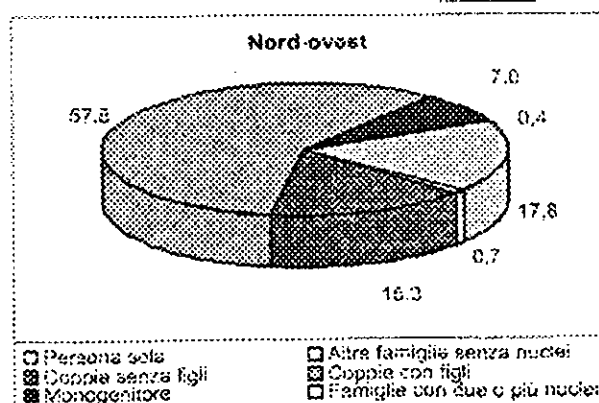
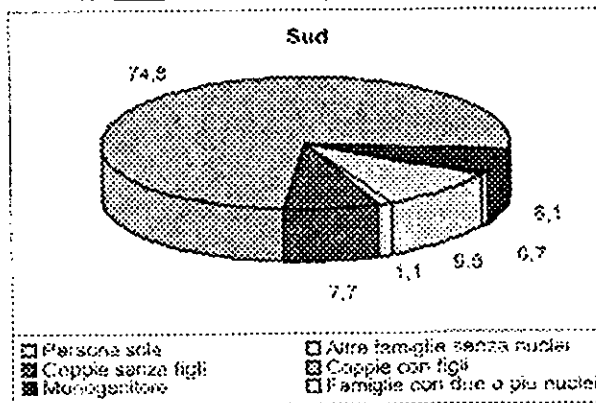


Fig. 2.3 bis - Famiglie con nessun anziano per tipologie familiari nelle aree geografiche Nord ovest e Sud, anno 1998 (composizione percentuale).



Fonte: cfr. figura 2.1



È interessante, a questo punto, valutare come l'anziano ricopra posizioni diverse nella famiglia a seconda dell'area geografica in cui vive, confermando una tendenza comune, tra le famiglie di tutti anziani, a vivere da solo o in coppia ma senza figli.

Nel Sud si riscontra la più bassa percentuale (49,5%) di famiglie di anziani (60 anni e più) che vivono soli rispetto alle altre aree geografiche, e al contrario presenta il valore più alto (46,9%) per la tipologia "in coppia senza figli". Altro dato rilevante è che nel Sud, nelle famiglie senza presenza di anziani, prevale nettamente la tipologia della "coppia con figli" a conferma della famiglia più tradizionale presente nel Mezzogiorno. Nel Nord, invece, questa percentuale si riduce, favorendo la formazione di famiglie composte da coppie senza figli, ma soprattutto da famiglie di persone che decidono di vivere sole, confermando atteggiamenti e comportamenti di maggiore autonomia e indipendenza (figg. 2.3 e 2.3 bis).

In tutte le aree geografiche si evidenzia come gli uomini anziani (65 anni e più) abbiano maggiori possibilità di vivere in coppia nelle età avanzate, mentre le donne si ritrovano più facilmente a vivere da sole. Proprio per la maggiore longevità delle donne, queste ultime si trovano più di frequente a vivere in famiglia come membri aggregati (si faccia riferimento come esempio ad una madre vedova che va a vivere con la famiglia dei figli sposati). La differenza più spiccata si rileva nel Nord-est dove ben il 12% delle donne vive in famiglia come membro aggregato, contro soltanto il 2,7% degli uomini. La tendenza generale è comunque quella di vivere il più a lungo possibile da sole - fino a quando non subentrano malattie invalidanti o che comunque limitino l'autonomia - situazione maggiormente riscontrabile al Nord dove la popolazione è più vecchia e la percentuale di ultrasessantacinquenni che vivono soli raggiunge il 37,6% nel Nord-ovest contro il 31% del Sud (tabella 2.6).

Tab. 2.6 - Persone di 65 anni e più per tipo di famiglia in cui vivono, ripartizione geografica e genere, anno 1998 (composizione percentuale¹).

Area geografica		In coppia senza figli	In coppia con figli	Persone sole	Membro aggregato ²	Nucleo monogenerazionale
Nord ovest	Maschi	60,0	20,3	12,3	2,2	1,7
	Femmine	31,8	8,3	37,6	8,0	8,5
	Totale	45,9	14,3	25,8	5,2	5,8
Nord est	Maschi	51,6	22,9	10,8	2,7	3,2
	Femmine	29,2	8,2	32,1	12,0	8,3
	Totale	40,4	15,5	21,5	7,3	6,2
Centro	Maschi	55,7	19,6	11,5	3,4	1,8
	Femmine	31,8	6,2	35,2	11,8	5,9
	Totale	43,8	12,9	23,4	8,3	4,2
Sud	Maschi	55,1	24,3	10,0	2,5	2,8
	Femmine	33,5	9,5	31,5	7,8	9,4
	Totale	44,3	16,9	22,4	5,1	6,0
Isole	Maschi	50,8	28,0	12,7	1,6	3,8
	Femmine	30,0	10,7	34,6	6,7	12,9
	Totale	40,4	19,3	25,2	4,2	9,0

Fonte: cfr. tabella 2.1

¹La somma per riga dei valori riportati non è pari al 100%, poiché sono state considerate e riportate solo le tipologie familiari più rappresentative.

²Per membro aggregato si intende la persona di 65 anni e più che vive in famiglia, ma non fa parte del nucleo familiare. Nella nostra tabella sono state accorpate le tre tipologie: "In coppia con figli come membro aggregato", "In coppia senza figli come membro aggregato" e "In nucleo monogenerazionale come membro aggregato".

3

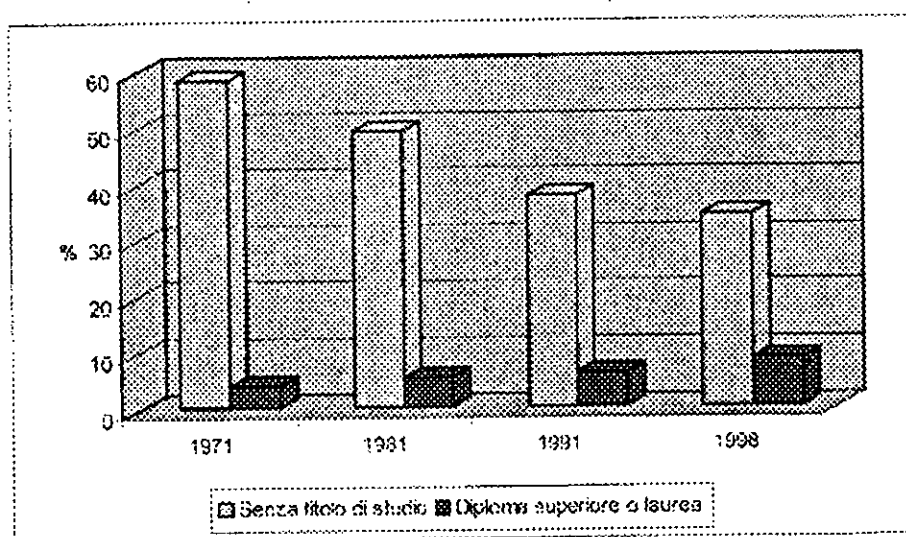
LE CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE

3.1. L'ISTRUZIONE

Gli anziani ed i vecchi sono più vulnerabili non solo per il complesso di condizioni fisiche, salute e sistemazione abitativa, ma anche per il fatto che sono meno istruiti e meno ricchi del resto della popolazione hanno avuto meno possibilità e forse capacità di quante ne possono avere i giovani di oggi di accumulare risorse per la vecchiaia.

L'istruzione è fortemente declinante con l'età; ci si riferisce a generazioni molto vecchie e quindi meno istruite perché non sono passate attraverso il boom dell'istruzione. Tramite una analisi temporale si nota già come, rispetto al passato, gli anziani di oggi siano più istruiti di quelli di ieri. Infatti trent'anni fa quasi il 60% degli ultrasessantacinquenni non possedeva alcun titolo di studio e solo una bassissima percentuale di anziani, della stessa fascia di età, possedeva un diploma di media superiore o laurea. Attualmente la percentuale degli anziani ultrasessantacinquenni senza titolo di studio si è ridotta, solo 1 anziano su 3, ed è aumentata quella di coloro che hanno un'istruzione più elevata (figura 3.1). Del resto è facile pensare come le generazioni future saranno sempre più istruite e ciò avrà delle conseguenze oltre che sul piano economico, anche sullo stato di salute, poiché sarà stata più curata nel corso della vita e perché ci si possono aspettare maggiore informazione e conoscenza e un conseguente aumento della prevenzione.

Fig. 3.1 - Percentuale di ultrasessantacinquenni senza titolo di studio o con diploma superiore/laurea, al 1971, al 1981, al 1991 ed al 1998.

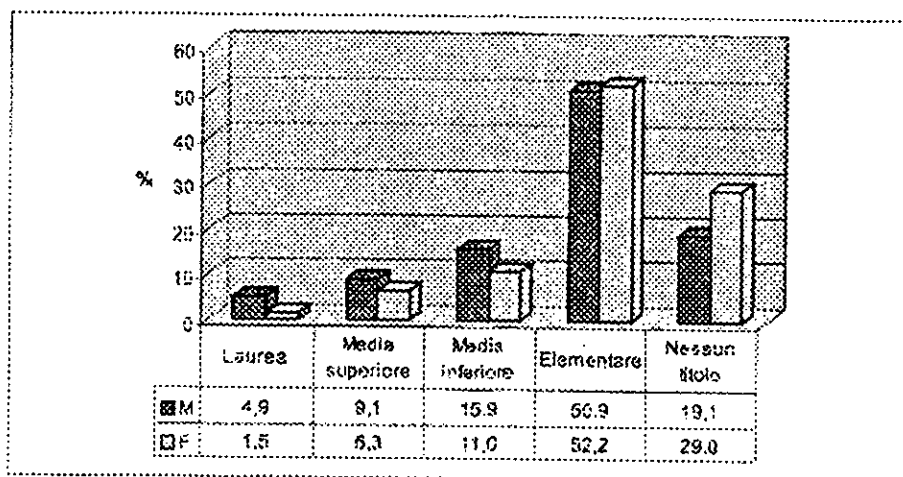


Fonte: dati Istat

Approfondendo l'analisi per sesso si nota come le donne anziane siano meno istruite degli uomini. Per esempio quasi un terzo delle anziane ultrasessantacinquenni

non possiede alcun titolo di studio, contro 1 anziano su 5. Comunque più del 50% degli anziani, sia uomini che donne, possiede un livello minimo di istruzione: quello della scuola elementare (figura 3.2).

Fig. 3.2 - Percentuale di ultrasessantacinquenni per titolo di studio e genere, al 1998.



Fonte: cfr. figura 3.1

Certamente il grado di istruzione e di specializzazione incide sulle possibilità di carriera ed anche sui livelli di reddito da pensione futuri.

La partecipazione all'attività lavorativa da parte dei lavoratori più anziani è declinante nella maggior parte dei paesi. Il calo è particolarmente evidente nei paesi sviluppati, dove dapprima la variazione della struttura produttiva (dalla preminenza dell'agricoltura a quella dell'industria e dei servizi) e poi l'innovazione tecnologica hanno, fra l'altro, creato la necessità di forze di lavoro con istruzione recente ed addestramento fresco. Certamente questo cambiamento di domanda nel mondo del lavoro, una domanda più specializzata, ha modificato le scelte dei datori di lavoro, che hanno iniziato a mantenere o hanno mantenuto basse le età del pensionamento.

Se da un lato, però, il ricorso ai prepensionamenti ha determinato un peggioramento delle casse dei fondi pensione, dall'altro ha consentito il controllo della disoccupazione per quelle fasce d'età maggiormente a rischio in quanto rappresentate da individui intorno ai 50 anni difficilmente ricollocabili nel mondo del lavoro.

Nelle politiche di alcuni paesi sembra quindi ormai accettata l'idea che stabilire un'età di ritiro troppo alta possa creare nell'offerta di lavoro un eccesso di manodopera anziana che per condizioni tecniche o attitudinali non è in grado di ricoprire indifferentemente ogni posizione, e quindi di garantire livelli di produttività comparabili a quelli degli occupati più giovani.

Si assiste così al paradosso che, mentre per motivi demografici ed economici si sostiene la necessità di elevare l'età di ritiro effettivo dal lavoro a 65 anni ed anche oltre, le strategie d'impresa sono tuttora orientate in misura rilevante a estromettere i lavoratori dai processi produttivi in età decisamente produttiva (pure inferiore ai 50 anni) nel presupposto che siano meno adatti di altri lavoratori più giovani e soprattutto con maggiore/migliore formazione di base ad adattarsi ai cambiamenti delle strutture produttive. Ma anche perché, a parità di mansioni e di rendimento, un lavoratore anziano costa molto di più di un lavoratore giovane.

Consideriamo ora i "pensionati". Se si compie un'analisi di coloro che lavorano, distribuiti per classe di età, si trova che quella più numerosa, in valore assoluto, è la classe relativa ai 65 anni e più: 269.871 unità, che però rappresentano soltanto il 3,4% dei pensionati della medesima classe di età (tabella 3.1). Si osserva invece che il maggior peso percentuale dei pensionati che lavorano è situato nella fascia 50-54 anni, che raggiunge una percentuale pari al 17,1, confermando come il fenomeno del prepensionamento porti ad intraprendere, in molti casi, una nuova attività lavorativa.

Tab. 3.1 - Pensionati che lavorano per gestione di appartenenza e per classi di età, anno 1997

Gestione e categoria di contribuzione	Pensionati che lavorano - classi di età -					
	Fino a 44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 e più
Dipendenti	8.361	13.504	17.780	20.188	20.548	20.737
Parasubordinati	2.729	8.743	20.818	45.727	43.504	28.165
Artigiani e Commercianti	3	4	39.296	100.960	109.648	128.018
Domestici	53	293	617	1.309	2.127	17.046
Coltivatori diretti, mezzadri e coloni	2.161	4.837	25.196	59.298	69.117	75.905
Totale	13.307	27.381	103.707	227.482	244.944	269.871
Totale pensionati	262.241	223.965	606.990	1.437.998	2.167.165	8.021.365
Pensionati lavoratori/ totale pensionati	5,1	12,2	17,1	15,8	11,3	3,4

Fonte: ricerca diretta da G. Geroldi, UILPensionati

Un dato di grande rilievo è quello relativo al numero di pensionati iscritti ai sindacati (dati sulla sindacalizzazione in Italia, riferiti al sindacalismo confederale -CGIL, CISL e UIL-) che supera nel 1997, per la prima volta, quello dei lavoratori dipendenti attivi. Si comprende quindi da un lato la rilevanza del sindacalismo degli anziani ed il superamento della sua emarginazione storica, dall'altro la crescente pressione per una reciproca integrazione tra attivi e pensionati negli assetti organizzativi.

3.2. LE RISORSE ECONOMICHE

3.2.1 Quadro generale

La popolazione anziana e vecchia è indiscutibilmente caratterizzata da un grado di benessere economico più basso rispetto alle altre fasce di età e ciò è dovuto, tra i diversi fattori che possono concorrere a tale differenziazione, ai redditi da pensione che, in primo luogo sono più bassi rispetto a quelli da lavoro e, in secondo luogo, decrescono, a parità di altre condizioni, al crescere dell'età.

Considerando il complesso dei titoli di godimento dell'abitazione di un anziano, la spesa destinata a certe categorie di consumi, la spesa media familiare e per componente, ci si può rendere conto ampiamente del tenore di vita degli anziani. Risulta, fra l'altro, che il segmento della popolazione anziana, e delle relative famiglie, è particolarmente esposto al rischio di povertà.

Attualmente nei paesi industrializzati il concetto più frequentemente utilizzato per l'identificazione delle condizioni di povertà è relativo, ed assume diverse caratteristiche in base al contesto spaziale e temporale in cui viene considerato. Le valutazioni della povertà ufficialmente prodotte in Italia, si basano sull'uso di una soglia di povertà fissata rispetto al numero di componenti. Per esempio essa definisce

povera una famiglia di due componenti con una spesa per consumi pari o inferiore a quella nazionale pro-capite.

Tab. 3.2 - Famiglie povere per classe di età, genere e grado di istruzione della persona di riferimento in composizione percentuale, totale famiglie e totale componenti in migliaia, anno 1997.

	Classi di età						Totale
	fino a 59	60-64	65-74	75 e più	60 e più	65 e più	
Genere							
Uomini	85,7	69,4	64,6	47,8	58,1	55,9	72,3
Femmine	14,3	30,6	35,4	52,2	41,9	44,1	27,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Grado di istruzione							
Analfabeta/nessun titolo	5,5	24,1	28,4	43,6	35,2	37,3	18,8
Licenza elementare	30,4	54,8	57,6	49,1	53,5	53,2	41,6
Licenza media	47,8	17,5	11,3	3,4	8,9	7,2	29,0
Diploma superiore o laurea	18,3	3,6	2,7	1,8	2,5	2,2	10,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale componenti (per 1.000)	5.554	371	765	738	1.874	1.503	7.427
Totale famiglie (per 1.000)	1.331	198	505	541	1.244	1.046	2.575

Fonte: dati Istat

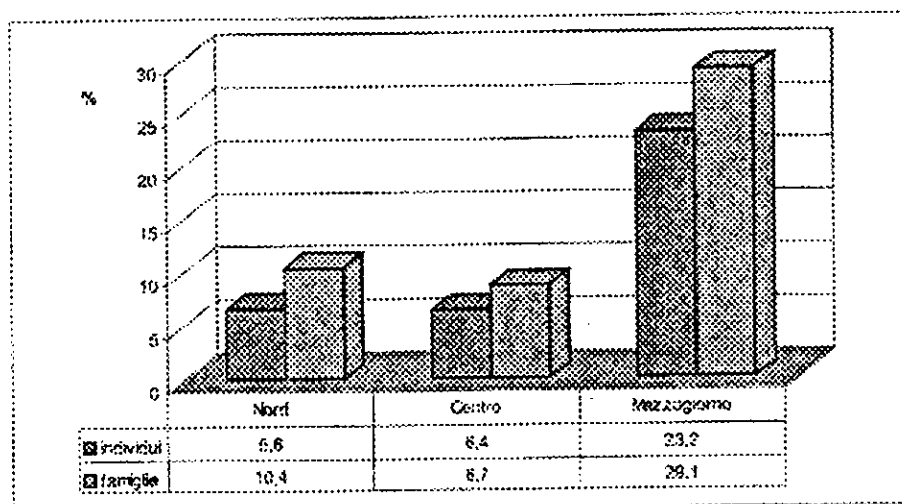
Se si analizza la tabella 3.2 si può notare come nel 1997 il numero di famiglie che vivevano in condizioni di povertà erano valutate in 2 milioni 575 mila, per un totale di 7 milioni 427 mila individui. Di queste, le famiglie che hanno come persona di riferimento un ultrasessantacinquenne sono 1 milione 46 mila (pari al 40,6% delle famiglie povere), per un totale di 1 milione 503 mila individui. Il grado di istruzione è particolarmente basso: più del 50% di famiglie povere con persona di riferimento un 65-enne e più, ha un titolo di studio elementare e quasi il 40 % è analfabeta o senza titolo.

Come afferma il Rapporto Annuale Istat del 1997 pubblicato dall'Istat, le famiglie con persona di riferimento di 65 anni e più costituiscono l'area a maggior rischio di povertà, nonostante tra il 1990 ed il 1996 fra esse si sia registrata una diminuzione dell'incidenza¹ indipendentemente dal titolo di studio della persona di riferimento.

Analizzando la situazione per grandi ripartizioni geografiche, si nota come l'incidenza della povertà, risulti maggiore nel Mezzogiorno, dove 24 famiglie su 100 sono povere, contro le 6 famiglie povere del Centro e del Nord. Analogo discorso per gli individui poveri la cui incidenza nel Mezzogiorno è pari al 25,2% contro il 5,8% delle altre aree. Del resto, posto pari a 100 il totale delle famiglie povere, circa 67 risiedono nel Mezzogiorno.

Se poi si analizza l'incidenza delle famiglie povere con persona di riferimento ultrasessantacinquenne, e degli individui poveri con 65 anni e più, si conferma la differenziazione territoriale già descritta. Infatti nel Mezzogiorno si registra un'incidenza pari al 29,1% delle famiglie povere con persona di riferimento anziana e del 23,2% degli individui, contro l'8,7% delle famiglie e il 6,4% degli individui al Centro (figura 3.3).

Fig. 3.3 - Incidenza di povertà degli individui con 65 anni e più e delle famiglie con persona di riferimento ultrasessantacinquenne, per ripartizione geografica, anno 1997 (valori percentuali).



Fonte: cfr. figura 3.1

È interessante, a questo punto, volgere l'attenzione sulle spese che gli anziani di oggi sostengono e valutare quale sia la struttura dei consumi relativa a quest'ultima fase della vita. La spesa media mensile per famiglia si riduce sensibilmente con l'aumentare dell'età della persona di riferimento e la diminuzione si mantiene se si considera la spesa per ciascun componente. Si passa infatti da una spesa media per componente di 1 milione 579 mila lire circa, delle famiglie con persona di riferimento da 60 a 64 anni, a 1 milione 400 mila lire circa per le più anziane.

Dal punto di vista territoriale la spesa familiare e per componente si differenzia in modo evidente, soprattutto se si pongono a confronto il Nord Italia con il Mezzogiorno. Dalla tabella 3.3 si può notare come al Nord la spesa familiare, con persona di riferimento ultrasessantacinquenne, sia pari a 3 milioni 54 mila lire, contro i 2 milioni 252 mila lire del Mezzogiorno. Conseguentemente anche la spesa pro-capite è più alta al Nord raggiungendo valori intorno ad 1 milione 700 mila circa, contro 1 milione 167 mila del Mezzogiorno.

Nell'ultima parte della vita, gli individui modificano la loro propensione al consumo a favore di quella al risparmio (mutamento facilitato anche dalla diversa disponibilità di reddito rispetto al passato) e concentrano i loro consumi su alcuni beni rispetto ad altri. Per tale motivo, una società che tende ad essere composta prevalentemente da anziani deve essere in grado di modificare la struttura dei servizi e dei beni da offrire.

Se si analizzano i consumi degli anziani si comprende come sul bilancio, pesi maggiormente la spesa destinata ai servizi primari (gli alimenti, l'abitazione, l'energia elettrica, i combustibili) il cui consumo è difficilmente riducibile. Ciò che invece subisce un decremento più che visibile è la spesa destinata ai beni secondari e voluttuari (il vestiario, i trasporti e le comunicazioni, etc.).

¹ L'incidenza della povertà è pari al rapporto tra il numero di famiglie povere ed il totale delle famiglie residenti.

Infatti dalla tabella 3.4 si può constatare come, al crescere dell'età, aumenti, in percentuale, la spesa destinata ai consumi alimentari a discapito di quelli non alimentari: dal 18,7% della classe con meno di 60 anni al 24% della classe 75 anni e più. Questo è un indicatore importante della situazione economica di individuo poiché, in generale, la proporzione di spesa per beni alimentari risulta decrescente al crescere del benessere.

Tab. 3.3 - Spesa media mensile (in lire) familiare e per componente con persona di riferimento ultrasessantacinquenne e per grandi ripartizioni geografiche, anno 1997.

Aree geografiche	Spesa media (in lire)	
	familiare	per componente
Nord	3.053.647	1.710.256
Centro	2.833.760	1.483.840
Mezzogiorno	2.251.633	1.166.872
Italia	2.752.992	1.482.799

Fonte: cfr. tabella 3.2

Tab. 3.4 - Struttura dei consumi in spesa media familiare alimentare, non alimentare e totale, per classi d'età della persona di riferimento, anno 1997 (valori assoluti in lire e composizione percentuale).

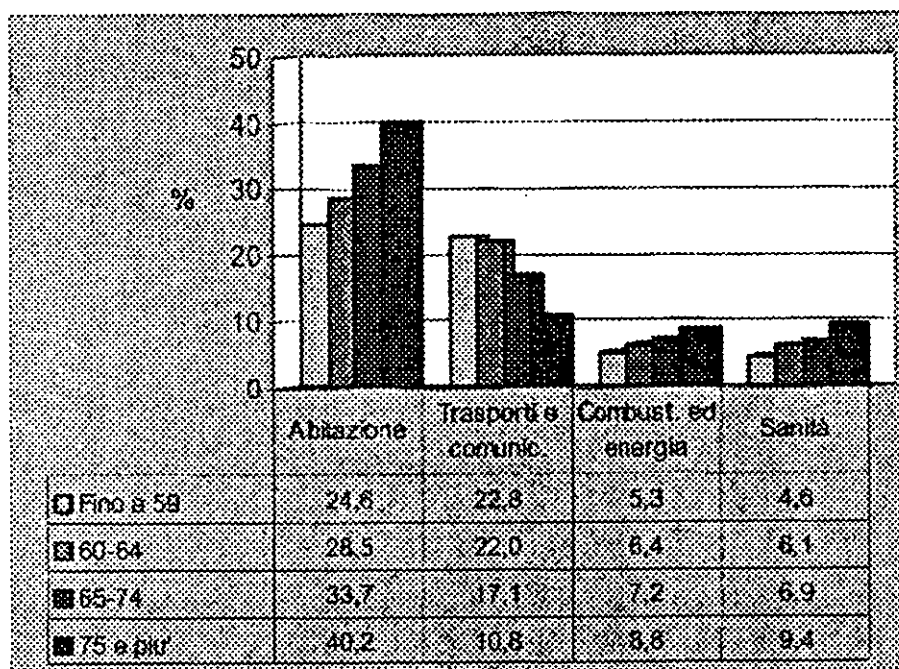
Classi di età	Valori assoluti (in lire)			Composizione percentuale		
	Spesa alimentare	Spesa non alimentare	Spesa totale	Spesa alimentare	Spesa non alimentare	Spesa totale
Fino a 59	842.875	3.663.897	4.506.772	18,7	81,3	100,0
60-64	813.210	3.151.877	3.965.087	20,5	79,5	100,0
65-74	697.060	2.374.727	3.071.787	22,7	77,3	100,0
75 e più'	547.222	1.738.980	2.286.201	23,9	76,1	100,0
Totale	776.997	3.144.013	3.921.010	19,8	80,2	100,0
60 e più'	677.095	2.355.608	3.032.703	22,3	77,7	100,0
65 e più'	636.282	2.116.852	2.753.133	23,1	76,9	100,0

Fonte: cfr. tabella 3.2

Se analizziamo, più nel dettaglio, alcune delle voci destinate alla spesa non alimentare notiamo come, al crescere dell'età, ci siano particolari capitoli di spesa che subiscono forti variazioni. Prima di tutto la spesa destinata all'abitazione mostra un incremento di quasi 16 punti percentuali quando si passa dalla fascia di età di coloro che hanno meno di 60 anni (24,6%) a quella di coloro che hanno più 75 anni (40,2%); lo stesso andamento si verifica per la spesa destinata ai combustibili e all'energia elettrica che passa dal 5,3% nella prima fascia, all'8,8% in quella più anziana. La variazione che merita particolarmente di essere posta in evidenza riguarda la spesa per la sanità: gli ultrasessantacinquenni destinano più del 9% della loro spesa non alimentare a spese che riguardano la sanità, a differenza di coloro che hanno meno di 59 anni che destinano, a tale capitolo, solo il 4,6% (figura 3.4). Ovviamente una persona anziana deve destinare una quota maggiore delle proprie spese ai servizi di assistenza sociale e sanitaria, soprattutto quando è una persona non del tutto autosufficiente.

A conferma della riduzione della spesa per beni secondari e voluttuari, al crescere dell'età, si nota come la quota destinata al trasporto e alle comunicazioni diminuisca di 12 punti percentuali nelle due fasce di popolazione estreme, passando dal 22,8% sul totale della spesa non alimentare per coloro che hanno meno di 60 anni, al 10,8% per gli ultrasessantacinquenni.

Fig. 3.4 - Struttura dei consumi per alcune tipologie di spesa non alimentare, per età della persona di riferimento, anno 1997 (composizione percentuale).



Fonte: cfr. figura 3.1

Un altro indicatore per la valutazione della condizione economica dell'anziano è il titolo di godimento dell'abitazione: al 1997 circa il 72% degli anziani ultrasessantacinquenni è proprietario della propria abitazione. Si nota, comunque, una differenza tra i due sessi in quanto le anziane sono in minor percentuale proprietarie, mentre cresce il peso delle voci "Affitto" (7,2 punti percentuali in più rispetto agli anziani) e "Altro titolo" che registra per il genere femminile una percentuale doppia di quella maschile (tabella 3.5).

Tab. 3.5 - Famiglie per titolo di godimento dell'abitazione, con persona di riferimento ultrasessantacinquenne, anno 1997 (composizione percentuale).

Titolo di godimento	M	F	
Proprietà	77,4	64,1	71,8
Affitto o subaffitto	16,7	23,9	19,7
Altro titolo	5,9	12,0	8,5
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione propria su dati Istat

3.2.2. I redditi degli anziani

Per valutare le condizioni economiche che caratterizzano gli individui della terza età può essere utile analizzare la struttura delle famiglie in cui gli anziani vivono, secondo il numero di componenti e il numero di percettori di reddito.

Tab. 3.6 - Numero medio di componenti e numero medio di percettori di reddito in famiglie con capofamiglia ultrasessantacinquenne, e rapporto percentuale tra il secondo e il primo, anni 1989-1998.

Famiglie con capofamiglia ultrasessantacinquenne	1989	1991	1993	1995	1998
a) N. medio di componenti	1,95	2,01	1,92	1,89	1,82
b) N. medio di percettori	1,64	1,68	1,63	1,63	1,56
b/a*100	84,1	83,6	84,9	86,2	85,7

Fonte: I bilanci delle famiglie italiane, Banca d'Italia

Dalla tabella 3.6 si rileva come il numero medio di componenti in famiglie con capofamiglia ultrasessantacinquenne, sia in generale inferiore a 2, con un valore di 1,82 nel 1998; il numero di percettori si aggira attorno a 1,6. Il che significa che in questo tipo di famiglie più dell'80% dei componenti è percettore di un proprio reddito; nel 1998 si raggiunge quasi l'86%.

Questo è un aspetto molto interessante in quanto le famiglie con capofamiglia più giovane mostrano percentuali molto più basse (tabella 3.7). Ma mentre nel tempo tale rapporto non mostra una particolare tendenza per le famiglie con capofamiglia anziano, per tutte le altre età si riscontra un aumento. Infatti, nella classe con meno di 30 anni si è passati dal 56,8% nel 1989 al 63,8% nel 1998; nella classe 31-40 anni, si è passati dal 46,8% al 51,1%; e così via. Ciò che sembra importante da mettere in evidenza è che, nel 1998, nel caso di capofamiglia con età tra i 40 e i 50 anni, soltanto la metà dei componenti è percettore di un proprio reddito (stiamo probabilmente parlando di una coppia di lavoratori con figli che non lavorano ancora), contro l'86% nel caso di un capofamiglia anziano.

Tab. 3.7 - Rapporto percentuale tra numero di percettori e numero di componenti, per età del capofamiglia, anni 1989-1998.

Classi di età	1989	1991	b/a*100	1993	1995	1998
Fino a 30	56,8	55,6	61,4	66,2	63,8	
31-40	46,8	46,5	46,8	48,9	51,1	
41-50	48,0	47,0	48,7	50,7	50,7	
51-65	62,1	62,0	64,2	65,4	66,2	
Oltre 65	84,1	83,6	84,9	86,2	85,7	

Fonte: cfr. tabella 3.6

Dai dati dell'indagine "I bilanci delle famiglie italiane", condotta dalla Banca d'Italia, si rileva che la principale fonte per gli ultrasessantacinquenni, al 1998, è costituita dai redditi da trasferimenti, con il 57,3% e a seguire dai redditi da capitale con il 30,1%. L'analisi temporale, dal 1989 al 1998, conferma come il maggior peso percentuale, tra le diverse tipologie di reddito familiare, si registri per la tipologia "Reddito da trasferimenti", con quote pressoché costanti nel tempo, dell'ordine di circa il 60%, mentre le altre voci presentano variazioni considerevoli, in positivo e in negativo. Infatti il reddito da lavoro dipendente è passato da un peso del 13% nel 1989 ad uno del 7,9% nel 1998 (a ulteriore testimonianza della riduzione del tasso di occupazione tra gli anziani), e quello da lavoro autonomo dal 6,2% nel 1989 al 2,9% nel 1993 per poi risalire al 4,7% nel 1998. Al contrario è cresciuto il reddito da capitale, passando dal 23,6% al 30,1% in tutto l'arco di tempo considerato (tabella 3.8).

Tab. 3.8 - Struttura del reddito delle famiglie con persona di riferimento ultrasessantacinquenne, composizione percentuale e valori assoluti in migliaia, anni 1989-1998.

Tipologia di reddito familiare	Struttura del reddito familiare				
	1989	1991	1993	1995	1998
Composizione percentuale					
Reddito da lavoro dipendente	13,0	13,3	10,8	10,6	7,9
Reddito da lavoro autonomo	6,2	6,1	2,9	5,2	4,7
Reddito da trasferimenti	57,2	58,2	62,1	59,3	57,3
Reddito da capitale	23,6	22,4	24,1	24,9	30,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Valori assoluti in migliaia					
Reddito da lavoro dipendente	3.035	3.620	3.069	3.401	2.908
Reddito da lavoro autonomo	1.439	1.671	835	1.668	1.741
Reddito da trasferimenti	13.335	15.852	17.600	19.037	21.035
Reddito da capitale	5.496	6.111	6.838	8.006	11.042
Totale	23.306	27.255	28.343	32.113	36.727

Fonte: cfr. tabella 3.6

Al 1998 il reddito individuale di un ultrasessantacinquenne è superiore soltanto a quello di un giovane con meno di 30 anni e la differenza tra gli ultrasessantacinquenni e la classe immediatamente precedente ammonta a 8 milioni 605 mila lire. Il reddito individuale degli anziani, fino al 1993, era inferiore a quello dei giovani ma ha sperimentato, rispetto a questi ultimi, negli anni successivi, un aumento più consistente. Dalla tabella 3.9 si nota infatti come il reddito degli ultrasessantacinquenni sia cresciuto del 74% nell'arco di quasi un decennio, contro soltanto il 14% dei giovani.

Tab. 3.9 - Reddito individuale, in migliaia e numeri indice, per classe di età della persona di riferimento, anni 1989-1998.

Classi di età	Reddito individuale				
	1989	1991	1993	1995	1998
Valori in migliaia					
Fino a 30	16.501	17.190	15.942	16.608	18.867
31-40	22.785	23.473	24.814	25.820	28.818
41-50	26.759	28.261	29.003	29.783	34.727
51-65	21.801	22.777	25.549	28.276	32.152
Oltre 65	13.583	15.635	16.739	19.325	23.547
Numeri indice					
Fino a 30	100,0	104,2	96,6	100,6	114,3
31-40	100,0	103,0	108,9	113,3	126,5
41-50	100,0	105,6	108,4	111,3	129,8
51-65	100,0	104,5	117,2	129,7	147,5
Oltre 65	100,0	115,1	123,2	142,3	173,4

Fonte: cfr. tabella 3.6

La distribuzione percentuale dei capofamiglia per classi di reddito mostra le differenze secondo l'età; sono gli anziani, infatti, ad occupare le classi di reddito più basse

per i quali si registra quasi il 30% nella classe di meno di 20 milioni e il 42,6% in quella 20-40 milioni (tabella 3.10).

Tab. 3.10 - Distribuzione percentuale delle famiglie per età del capofamiglia e classi di reddito, anno 1998.

Classi di reddito (in milioni)	Classi di età				
	Fino a 30	31-40	41-50	51-65	Oltre 65
Meno di 20	19,4	13,3	9,1	13,6	29,8
20-40	43,8	34,0	26,4	26,8	42,6
40-60	26,7	27,7	28,4	22,9	15,5
oltre 60	10,1	24,9	36,1	36,6	12,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: cfr. tabella 3.6

È interessante notare come il livello di reddito delle famiglie con persona di riferimento anziana sia andato sensibilmente e velocemente migliorando nel tempo. Mentre, nel 1989, la stragrande maggioranza di esse (57%) si distribuiva nella classe di reddito "meno di 20 milioni" ed il 30% in quella "20-40 milioni", nel 1998 si riscontra una maggiore redistribuzione all'interno delle varie fasce di reddito. Infatti si dimezza la quota di famiglie con meno di 20 milioni ed aumenta il peso nelle altre fasce; in particolar modo si triplica il peso nella classe "oltre 60 milioni" (tabella 3.11).

Questo dato mette in luce come la popolazione degli anziani sia molto eterogenea anche dal punto di vista economico; certamente, oggi, sono molti coloro che vivono in situazioni e condizioni disagiate, ma, rispetto al passato, il loro numero è sceso ed è invece aumentato quello relativo ad anziani che vivono in condizioni di un più elevato benessere economico.

Tab. 3.11 - Distribuzione delle famiglie con persona di riferimento ultrasessantacinquenne per classi di reddito, composizione percentuale e numeri indice, anni 1989-1998.

Classi di reddito (in milioni)	Distribuzione delle famiglie per classi di reddito				
	1989	1991	1993	1995	1998
Composizione percentuale					
Meno di 20	56,7	46,5	44,3	37,2	29,8
20-40	30,1	35,8	36,7	40,0	42,6
40-60	8,7	10,9	12,1	12,8	15,5
oltre 60	4,6	6,8	7,1	10,0	12,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: cfr. tabella 3.6

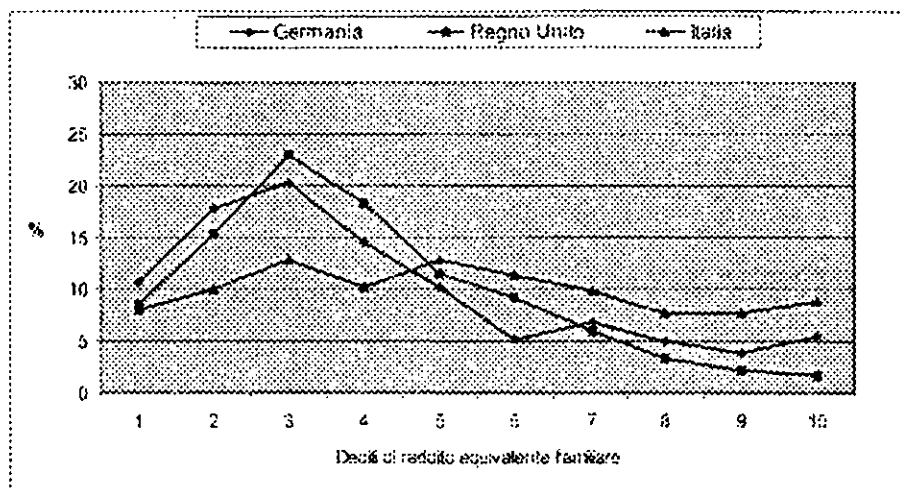
Questa analisi è confermata dai dati riportati nel IX Rapporto CER-SPI intitolato "Gli anziani in Europa", in cui viene effettuato uno studio sulla distribuzione degli individui per classi di reddito equivalente familiare in Italia, Germania e Regno Unito. L'analisi suddivide la popolazione in gruppi omogenei di individui (decili) al crescere del reddito disponibile medio equivalente.

I profili delle classi di età anziane sono riportati nelle figure 3.5 (classe da 65 a 75 anni) e 3.6 (classe 75 anni e più).

Regno Unito e Germania mostrano, per entrambe le classi di età considerate, profili abbastanza simili; le concentrazioni più elevate di soggetti anziani si trovano nella parte iniziale della distribuzione, nonostante si riscontrino, in genere nel primo decile, percentuali molto basse di anziani. Per quelli di età compresa fra i 65 ed i 74 anni (figura 3.5), Regno Unito e Germania presentano una forte concentrazione dal secondo al quarto decile, che diventa più evidente ed accentuata quando si passa a considerare i "grandi anziani" (figura 3.6).

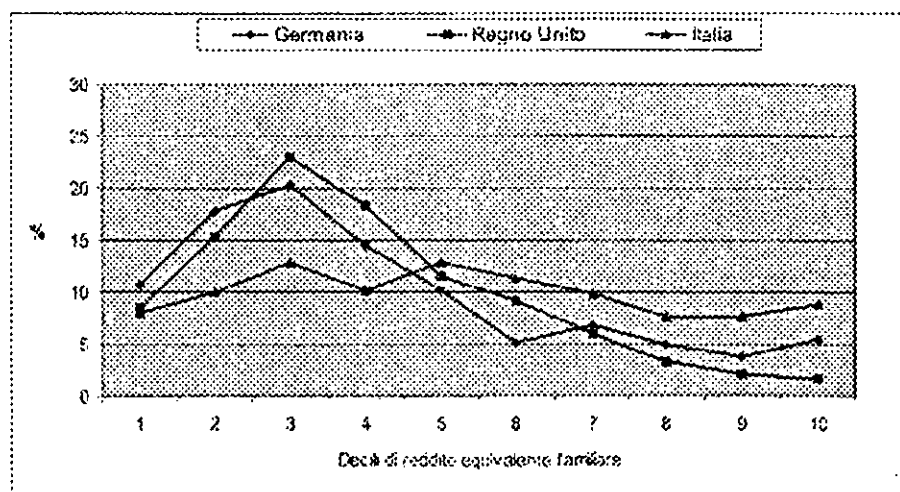
La popolazione anziana italiana registra, invece, una maggiore equidistribuzione tra le classi di reddito considerate. Si osserva, però, come il nostro Paese tenda ad occupare maggiormente i decili riferiti a redditi minori, mantenendo, in compenso, un andamento più lineare e decisamente meno marcato tra le classi e le fasce di età considerate.

Fig. 3.5 - Distribuzione degli individui con età compresa tra 65 e 74 anni per decili di reddito familiare equivalente.



Fonte: Gli anziani in Europa, IX Rapporto CER-SPI, 2000

Fig. 3.6 - Distribuzione degli individui con età maggiore di 75 anni per decili di reddito familiare equivalente.



Fonte: cfr. 3.5

Questo mette in evidenza come l'età risulti indubbiamente un fattore meno discriminante per quanto riguarda la condizione economica in Italia di quanto lo sia per gli altri paesi².

Per terminare la descrizione del quadro economico degli anziani di oggi, diamo uno sguardo al numero di pensionati e all'importo medio annuo dei redditi pensionistici per tipo di pensione, e poi entrare nel dettaglio dei beneficiari ultrasessantacinquenni.

Tab. 3.12 - Numero di pensionati, in valore assoluto e composizione percentuale, e importo medio annuo dei redditi pensionistici, valori assoluti e numeri indice, per tipologia di pensione, anno 1998.

Tipologie	Numero		Importo medio (in migliaia di lire)	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	N.I.*
Vecchiaia e anzianità	7.395.521	45,5	22.251	115,2
Invalidià	1.631.698	10,0	11.502	59,5
Superstiti	1.659.308	10,2	13.797	71,4
Indennitarie	486.358	3,0	5.328	27,6
Assistenziali	1.086.168	6,7	7.114	36,8
Più I.V.S. **	1.983.820	12,2	22.901	118,5
I.V.S. + Indennitarie	1.098.428	6,8	26.695	138,2
I.V.S. + Assistenziali	804.206	5,0	24.579	127,2
Altro	99.111	0,6	28.396	147,0
Totale	16.244.618	100,0	19.322	100,0

* N.I.: indica lo scostamento dall'importo medio annuo totale, posto pari a 100, degli importi medi annui delle diverse tipologie.

** persone che percepiscono contemporaneamente più pensioni di invalidità, vecchiaia, e superstiti

Fonte: I beneficiari delle prestazioni pensionistiche, Istat, 31.12.1998

Dalle "Statistiche in breve" su "I beneficiari delle prestazioni pensionistiche" dell'Istat risulta che al 31 dicembre 1998 il numero dei titolari di pensione è pari a 16.244.618 con forti differenze di numerosità nella distribuzione degli individui fra le diverse tipologie di pensionati. La maggior parte dei beneficiari (45,5%) è titolare di sole prestazioni di vecchiaia, il 10% riceve solo pensioni di invalidità e il 10,2% solo prestazioni ai superstiti. Comunque mentre il 72% dei pensionati percepisce una sola pensione, il 28% cumula almeno due trattamenti pensionistici.

L'importo medio annuo dei redditi da pensione è pari a 19,3 milioni, con un valore mensile di circa 1,6 milioni, ma vi sono forti differenze tra gli importi medi nelle diverse tipologie considerate (tabella 3.12). Il valore più elevato si rileva per la tipologia "Altro", con un importo medio superiore del 50% all'importo medio totale; i valori più bassi si registrano per le tipologie "Indennitarie" e "Assistenziali", con valori rispettivamente del 72,4% e del 63,2% inferiori rispetto al valore medio di riferimento.

I beneficiari delle pensioni sono prevalentemente di sesso femminile, pur essendo il sesso maschile a percepire il 55% della spesa pensionistica, a causa del maggiore importo medio dei loro redditi da pensione.

² Naturalmente cambia da paese a paese anche l'ammontare e la quota di redditi da capitale, cioè da patrimonio. Ad esempio, una recente indagine francese ha messo in luce come nel paese transalpino il reddito disponibile (escluso il patrimonio) per i pensionati è pari all'83% di quello degli atti-

vi, ma il reddito da patrimonio dei pensionati vale 2,36 volte quello degli attivi, sicché il reddito totale dei pensionati è pressoché equivalente a quello degli attivi essendo pari al 99% del reddito di questi ultimi (Population et Sociétés, 2000).

I pensionati delle età più avanzate sono i maggiori beneficiari dei trattamenti pensionistici, anche se c'è una quota sostanziosa di percettori con un'età inferiore a quella abitualmente utilizzata come soglia della vecchiaia: il 63,2% dei pensionati ha un'età maggiore o pari a 65 anni, il 33,4% ha un'età compresa tra 40 e 64 anni e poco più del 3% ha meno di 40 anni (tabella 3.13).

Tab. 3.13 – Numero di pensionati per tipologia e classe di età, anno 1998 (composizione percentuale).

Classi di età	Tipologia di pensione									Totale
	vecchiaia e anzianità	invalidità	superstiti	indennitarie	Assistenziali	più I.V.S.*	I.V.S. + Indennitarie	I.V.S. + Assistenziali	Altro	
0-14	-	-	3,1	0,1	5,0	-	0,0	0,1	0,0	0,7
15-39	-	0,9	6,2	20,7	18,9	0,0	0,3	2,9	0,7	2,8
40-64	43,2	27,9	29,7	61,5	25,3	12,8	26,4	20,2	11,7	33,4
65-79	50,1	55,1	40,6	9,3	40,1	57,8	54,3	33,5	36,9	48,1
80 +	6,7	16,0	20,4	8,4	10,7	29,4	19,0	43,3	50,7	15,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*I.V.S. : persone che percepiscono contemporaneamente più pensioni di invalidità, vecchiaia, e superstiti.

Fonte: dati Istat

Con riferimento agli importi medi annui di reddito pensionistico percepiti dai beneficiari delle prestazioni si osserva che in corrispondenza delle classi di età più elevate si registrano importi medi con valori molto vicini a quelli del complesso dei beneficiari (19,3 milioni di lire annui), anche se tale importo varia, in rapporto alle diverse tipologie considerate.

I redditi da pensione sono praticamente le principali fonti di sostentamento degli anziani, ma come esposto in precedenza, esistono situazioni molto diversificate: dall'anziano che vive nel benessere economico a quello che vive in una situazione di disagio. Dai dati INPS relativi al 1.1.1999 si riscontra come il numero di pensioni ed assegni sociali erogati sia pari a 676 mila (con un importo medio di 549 mila lire) e ciò significa che circa 600 mila individui ultrasessantacinquenni hanno necessità di un aiuto economico da parte dello Stato.

Se ci si sofferma sulle singole regioni è interessante osservare i valori percentuali delle pensioni sociali sul totale della popolazione regionale ultrasessantacinquenne riportati nella tabella 3.14, poiché si possono notare differenze significative. In effetti al Sud si riscontrano i valori più elevati: la Sicilia, con 11,8 pensioni sociali ogni 100 anziani, e la Campania con un valore pari a 10,4, rispetto al Nord in cui si registra il valore 3,8 per il Piemonte e l'Emilia Romagna. Ciò indica come i pensionati del Mezzogiorno vivano in situazioni più precarie e necessitino più spesso di un aiuto economico.

Tab. 3.14 - Numero e importo medio mensile delle pensioni e assegni sociali per percettori ultrasessantacinquenni, popolazione ultrasessantacinquenne e numero di pensioni sociali erogate ogni 100 anziani, per regione, all' 1.1.1999.

Regioni	Pensioni e assegni sociali numero	Pensioni e assegni sociali importo mil. lit.	Popolazione di 65 anni e più	Numero di pensioni sociali ogni 100 anziani
Piemonte	32.442	541.704	861.082	3,8
Valle d'Aosta	1.041	497.323	22.133	4,7
Lombardia	74.407	547.215	1.542.128	4,8
Trentino Alto-Adige	6.584	561.778	152.988	4,3
Veneto	40.967	520.989	786.657	5,2
Friuli-Venezia Giulia	12.572	532.206	248.211	5,1
Liguria	22.900	543.885	398.595	5,7
Emilia Romagna	32.703	552.809	865.339	3,8
Toscana	49.015	506.017	765.888	6,4
Umbria	13.678	547.884	182.964	7,5
Marche	15.918	553.722	306.027	5,2
Lazio	69.965	589.601	877.460	8,0
Abruzzo	20.355	551.029	250.070	8,1
Molise	3.428	571.278	66.678	5,1
Campania	80.572	602.798	773.460	10,4
Puglia	51.710	525.533	603.582	8,6
Basilicata	6.840	563.816	105.232	6,5
Calabria	26.344	582.027	328.941	8,0
Sicilia	95.130	525.074	806.282	11,8
Sardegna	19.110	509.718	246.176	7,8
Italia	675.681	548.661	10.189.893	6,6

Fonte: elaborazione propria su dati INPS

Compiendo un'analisi temporale, per le sole pensioni sociali, si nota come il loro numero totale sia andato diminuendo nel tempo, mentre è aumentato il loro importo medio. Infatti si è passati da 713 mila pensioni sociali erogate al 1995 a 698 mila nel 1997, con importi pari rispettivamente a 370 mila lire circa a 397 mila lire circa (tavola 3.15).

Inoltre analizzando la distribuzione per classi di età si nota come il numero di pensioni sociali si distribuisce maggiormente nella classe 70-79 anni, a seguire in quella 65-69 ed infine in quella 80 anni e più. Probabilmente ciò è dovuto al minor numero di possibili percettori in quest'ultima classe di età. Gli importi medi risultano però maggiori proprio per gli ultraottantenni, e tendono a ridursi man mano che si scende con l'età.

Tab. 3.15 - Numero ed importo medio mensile delle pensioni sociali per classi di età, anni 1995-1997.

Classi d'età	Numero			Importo medio mensile (in lire)		
	1995	1996	1997	1995	1996	1997
65 - 69	246.883	249.001	240.577	353.208	368.259	381.088
70 - 79	292.524	298.963	306.375	364.982	378.558	392.794
80+	173.460	165.772	150.645	398.165	413.886	430.488
Totale	713.473	714.247	697.973	368.973	383.165	396.894

Fonte: dati Istat

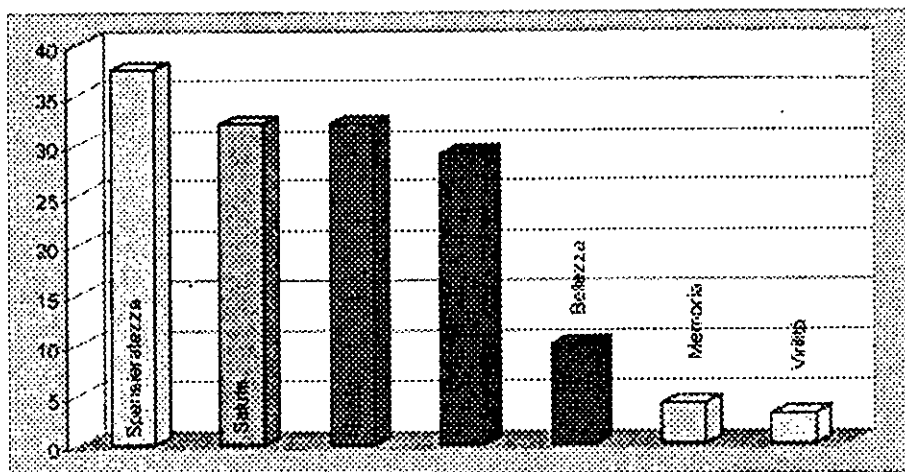
PAGINA BIANCA

4

**LA VITA SOCIALE DELL'ANZIANO E
LA SUA SODDISFAZIONE****4.1. L'ANZIANO NELLA VITA QUOTIDIANA**

Arrivati alle età anziane uomini e donne hanno percorso un lungo tratto della loro vita, denso di eventi e di circostanze che in ognuno di essi ha lasciato tracce profonde. Queste età possono rappresentare, però, il momento dei rimpianti per le scelte mancate o per gli istanti belli vissuti precedentemente. Infatti dai risultati di un pre-test condotto dall'IRP (Istituto di Ricerche sulla Popolazione) sugli anziani tra i 60 e i 75 anni, sulla tematica "Cosa rimpiangerete di più della gioventù?"¹, emerge che non è solo la salute la maggiore preoccupazione di chi è anziano. La spensieratezza e la gioia di vivere, caratteristiche della gioventù, sono le emozioni che più si rimpiangono. Un risultato interessante è che comunque un terzo di questo campione non vorrebbe tornare indietro ed è senza rimpianti per il passato (figura 4.1).

Fig. 4.1.- Cosa rimpiangono di più della gioventù gli anziani tra i 60 ed i 75 anni, 1999.



Fonte: Demotrends n.2/1999, IRP.

Questo atteggiamento di non rimpianto può essere spiegato dal fatto che le età più avanzate costituiscono anche quelle in cui il peso delle responsabilità è ridotto ed è quello in cui uomini e donne hanno maggiore tempo libero da dedicare a se stessi.

Quando i figli si sono costruiti una loro famiglia ed una vita indipendente, quando si va in pensione, nel momento in cui i rapporti sociali mutano, quando lo stato di salute cambia gli anziani e le loro famiglie devono completamente riorganizzare il loro tempo.

¹ Nel pre-test era possibile fornire più di una risposta.

Molto, nella vita degli anziani, dipende dallo stato di salute. Gli anziani in buona salute avrebbero, infatti, tutte le possibilità e le potenzialità per vivere ancora dai venti ai trenta anni tranquilli, con minori impegni familiari e lavorativi e liberi di godersi un sereno e meritato riposo. Studiosi di economia e geriatria hanno tuttavia mostrato che esistono forti contraccolpi sia economici sia psicologici che derivano dal passaggio repentino dalla vita attiva al riposo.

Non tutti, infatti, riescono a riorganizzare adeguatamente questa nuova fase della vita, a trovare delle nuove attività di svago fuori casa, ad impegnare il loro tempo in modo costruttivo evitando di isolarsi.

Dagli ultimi dati disponibili si rileva che l'attività quotidiana maggiormente svolta nel tempo libero per le persone di 65 anni e più è quella di guardare la tv, seguita dalla lettura di quotidiani, per poi passare alla lettura dei libri e all'ascolto della radio.

Si riscontrano, certamente, delle attività differenziate per sesso. Quasi tutte le donne, così come gli uomini, guardano quotidianamente la televisione, che certo soddisfa in buona misura il loro bisogno di evasione e intrattenimento ma si cominciano ad evidenziare delle differenze sulle altre attività, per quanto riguarda ad esempio la lettura di quotidiani, letti da 60 anziani su 100 contro appena 38 anziane su 100. Si nota, anche, come l'uomo, in questa fase della vita, si dedichi in misura maggiore ad attività sociali più coinvolgenti, quali l'andare al cinema, a teatro, a musei e mostre e, come era prevedibile, a spettacoli sportivi, mentre le donne tendono a rimanere di più nell'ambito familiare, anche perché alla casa e alla famiglie dedicano molte ore di lavoro (tabella 4.1).

Tab. 4.1 - **Persone di 65 anni e più per attività svolta nel tempo libero e genere, anno 1998 (per 100 persone dello stesso genere).**

	M	F	Totale
TV tutti i giorni	91,3	89,1	90,0
Radio tutti i giorni	24,2	25,2	24,8
Lettura dei quotidiani	59,6	38,0	46,9
Lettura libri	24,0	23,9	23,9
Cinema	9,5	6,9	7,9
Teatro	6,1	5,5	5,7
Musei, mostre	10,7	6,9	8,5
Concerti di musica classica	5,0	3,6	4,2
Spettacoli sportivi	12,2	1,7	6,0
Sale da ballo	3,7	2,1	2,8

Fonte: dati Istat

Da una analisi per grandi ripartizioni geografiche si confermano le differenze di sesso già evidenziate ribadendo quindi, una maggiore propensione dell'uomo a svolgere attività di tipo culturale, ma spiccano anche differenze negli stili di vita a seconda delle diverse zone di residenza.

Nel Nord-ovest il numero di anziani che legge quotidianamente è molto più alto rispetto al Sud: rispettivamente 75 uomini e 54 donne su 100 al Nord, contro 40 uomini e 14 donne su 100 al Sud (tabella 4.2).

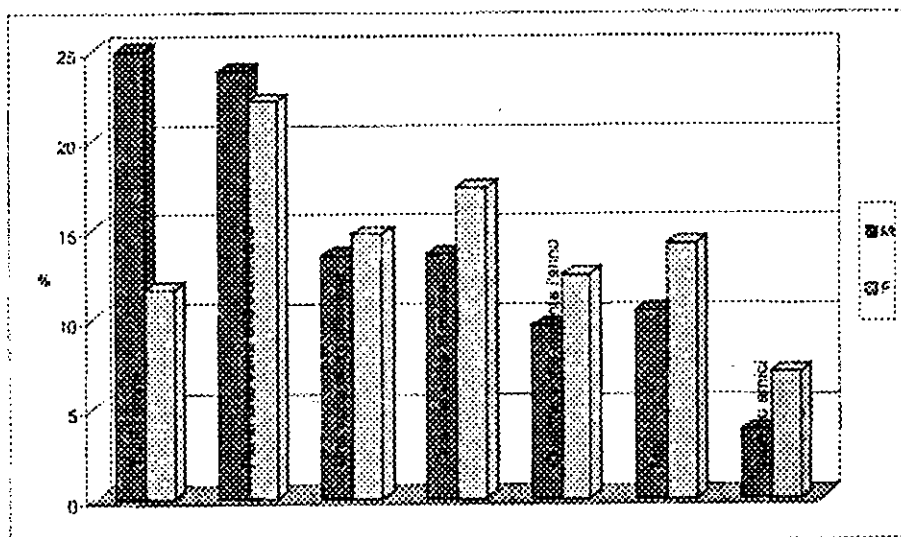
Tab. 4.2 - Persone di 65 anni e più per attività svolta nel tempo libero, per area geografica e genere, anno 1998 (per 100 persone della stessa area e genere).

Ripartizioni geografiche	TV tutti i giorni		Radio tutti i giorni		Lettura quotidiana		Lettura libri	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Nord-ovest	93,1	92,1	27,4	33,0	74,9	54,4	31,3	32,3
Nord-est	93,5	89,5	26,3	28,9	71,2	50,4	28,8	28,5
Centro	90,1	88,3	21,7	23,4	58,9	34,4	25,3	23,4
Sud	90,6	87,7	23,4	16,4	40,4	14,0	14,1	13,4
Isole	86,9	84,7	19,3	18,3	41,0	24,0	14,6	13,4

Fonte: cfr. tabella 4.1

Del resto analizzando la frequenza di "incontro con amici" si riscontra, anche in questo caso, una maggiore possibilità e forse attitudine dell'uomo a cercare occasioni di incontro al di fuori dell'ambito familiare. Dalla figura 4.2 si rileva come 25 anziani su 100 incontrino gli amici tutti i giorni a differenza delle anziane che sono meno di 12 su 100. Come è stato già accennato probabilmente ciò è dovuto al fatto che la donna ha degli impegni di cura della casa che la trattengono per più tempo in ambienti domestici, portandola a ridurre le occasioni di incontro, e è più facile che sia la "nonna" ad essere più impegnata ad accudire i nipoti, rispetto all'uomo che, perciò, ha maggior tempo libero. D'altronde c'è ancora da considerare che fra le donne è molto maggiore, rispetto agli uomini, la frazione di persone molto vecchie, con più di 80 anni, che hanno mediamente un maggior numero di problemi a muoversi con facilità e frequenza.

Fig. 4.2 - Persone di 65 anni e più per frequenza di incontro con gli amici e sesso, anno 1998 (composizione percentuale).



Fonte: dati Istat

4.2. È SODDISFATTO L'ANZIANO?

Il giudizio soggettivo espresso su alcuni aspetti della vita quotidiana può essere utilmente analizzato per aiutare a capire non solo la situazione oggettiva degli anziani, ma anche come essi percepiscono quotidianamente la propria vita. Benessere,

infatti, significa anche benessere psicologico. È quindi importante valutare la soddisfazione degli anziani nei confronti di vari aspetti della vita quotidiana, come le relazioni familiari, la salute, le relazioni con gli amici, il tempo libero ed anche la situazione economica.

Tab. 4.3 - Persone di 65 anni e più che dichiarano "almeno abbastanza soddisfazione" nei confronti di vari aspetti della vita quotidiana, per genere e ripartizione geografica, anno 1998 (per 100 persone dello stesso genere e area geografica).

Ripartizione geografiche	Relazioni familiari		Salute		Relazioni con amici		Tempo libero		Situazione economica	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Nord-ovest	93,1	92,6	68,3	59,4	79,4	73,6	80,2	72,9	64,0	60,6
Nord-est	92,9	92,2	68,3	60,8	81,1	75,7	77,8	73,1	63,5	61,8
Centro	91,3	89,4	57,7	51,3	78,5	70,3	78,0	70,0	51,9	49,7
Sud	87,2	84,2	51,3	44,0	73,1	64,1	70,3	60,5	46,5	46,8
Isole	88,9	89,4	42,5	25,7	72,8	64,8	70,2	58,9	36,6	32,0
Italia	90,9	89,8	59,6	51,6	77,5	70,5	76,0	68,4	54,6	52,8

Fonte: cfr. tabella 4.1

Da una prima analisi, in termini generali, si può ritenere che gli anziani siano poco soddisfatti della loro situazione economica e del loro stato di salute. Infatti 46 anziani su 100, indipendentemente dal sesso, non sono soddisfatti né della loro situazione economica né del loro stato di salute.

Entrando nel dettaglio, il sesso femminile manifesta una maggiore insoddisfazione rispetto all'uomo in tutti gli aspetti di vita analizzati, ed in misura maggiore per ciò che concerne la salute ed il tempo libero. C'è da ricordare anche in questo caso come l'età media delle donne anziane sia più elevata di quella degli uomini e come in generale la soddisfazione nei confronti dei vari aspetti della vita diminuisca al crescere dell'età.

Anche a livello territoriale si sono notate differenze rilevanti in quanto tale soddisfazione diminuisce, per uomini e donne, passando dal Nord Italia al Mezzogiorno. Infatti dalla tabella 4.3 si possono evidenziare le differenze più significative: nel Nord-ovest 64 anziani su 100 sono "almeno abbastanza soddisfatti" della loro situazione economica, a differenza delle Isole in cui tale valore è pari a 37; per le donne anziane si hanno differenze ancora più rilevanti: ad esempio nel Nord-est sono 61 le anziane su 100 che si dichiarano "almeno abbastanza soddisfatte" sullo stato di salute, contro soltanto 26 su 100 nelle Isole.

Un altro aspetto interessante che può mettere in luce la qualità di vita dell'anziano riguarda il giudizio fornito dagli stessi sulla zona in cui vivono, sull'abitazione e sulla condizione economica. La "qualità della vita" è un concetto complesso e la valutazione soggettiva dei luoghi in cui si vive ne è parte essenziale. I dati dimostrano che una più o meno larga frazione della popolazione anziana non vive bene nella propria zona o abitazione. In particolare, la criminalità crea un senso di insicurezza negli anziani che vivono nei grandi centri dove patiscono molto anche il traffico e l'inquinamento. Un generale miglioramento si percepisce al diminuire della dimensione demografica dei comuni: per molti aspetti della vita gli anziani dichiarano di stare meglio nei comuni assai piccoli, con meno di 2000 abitanti; anche molto meglio che nei comuni dell'hinterland che ha caratteristiche più simili ai grandi comuni nei quali comunque la vita presenta maggiori difficoltà per tutti gli aspetti della vita (salvo che per l'acqua) (tabella 4.4). Si riscontra quindi, una completa

contrapposizione fra come si vive da anziani nelle due aree nelle quali si registra la maggiore concentrazione: i centri storici delle grandi città e i piccoli comuni periferici, spesso montani.

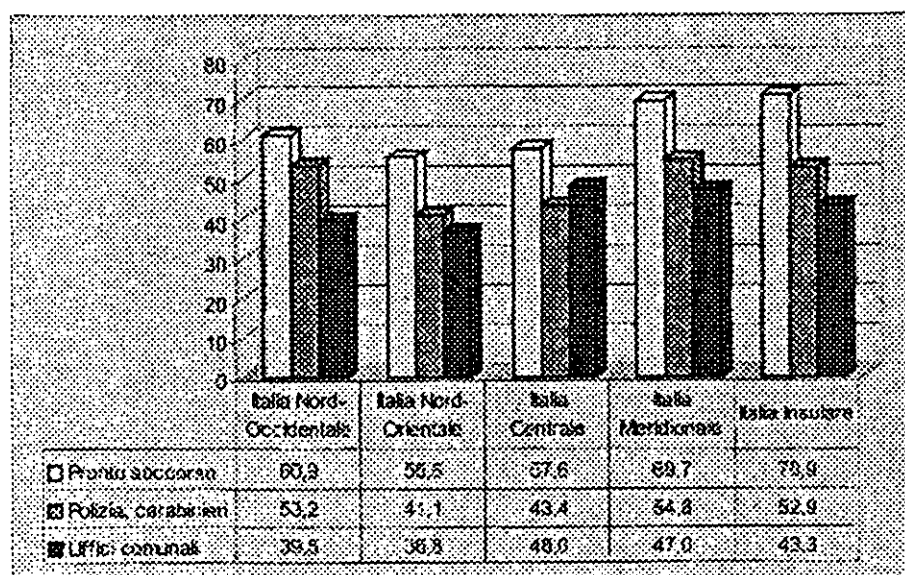
Analizzando la situazione per ripartizione geografica, si notano differenze riguardo il giudizio espresso dagli ultrasessantenni sulla zona in cui vivono, sull'abitazione e sulla condizione economica. Infatti il problema maggiormente sentito al Nord-ovest e Centro riguarda la zona in cui vivono, in quanto 52 anziani su 100 si lamentano del traffico, 45 dell'inquinamento e 38 su 100 della sporcizia. Nel Sud e nelle Isole tali valori sono tutti molto minori e denotano perciò una situazione assai migliore.

Per ciò che concerne l'abitazione il problema maggiormente sentito riguarda le spese destinate ad essa: 61 persone su 100 nel Centro e Nord-est Italia si lamentano di sostenere delle spese troppo alte, mentre per abitazioni troppo piccole ed in cattive condizioni ed anche per le difficoltà che esistono nell'erogazione dell'acqua, il Sud e le Isole denunciano situazioni più deteriorate.

Anche per la condizione economica il Sud e le Isole, questa volta accompagnate dal Centro, contano 41 persone su 100 che si lamentano delle loro risorse scarse o insufficienti, anche se al Nord 31 persone su 100 dichiarano una situazione economica peggiorata rispetto al passato.

Da ultimo si può brevemente dare un'idea sulle difficoltà che le famiglie dichiarano a raggiungere alcuni tipi di servizio, per ripartizione geografica. Il problema maggiormente sentito dagli anziani (65 anni e più) è quello di raggiungere un pronto soccorso; questa difficoltà diventa preoccupante nell'Italia meridionale ed insulare dove ben 70 famiglie, con persona di riferimento ultrasessantacinquenne, su 100 lamentano questa situazione. La seconda difficoltà più sentita risulta il raggiungimento di un posto di polizia o di carabinieri con valori che non presentano regolarità geografiche (figura 4.3).

Fig. 4.3. - Famiglie, con persona di riferimento ultrasessantacinquenne, che dichiarano difficoltà a raggiungere alcuni tipi di servizio, per ripartizione geografica, anno 1998 (per 100 famiglie della stessa zona).



Fonte: cfr. figura 4.2

Tabella 4.4 - Persone di 60 anni e più per ripartizione geografica e per tipologia del comune, per giudizio sulla zona in cui vivono, sull'abitazione e sulla condizione economica, anno 1998 (per 100 abitanti della stessa ripartizione e tipo di comune).

	Zona in cui vivono				Abitazione			Condizione economica		
	Speranza ²	Traffico ³	Inquinamento ²	Criminalità ³	Difficoltà nella erogazione dell'acqua	Spese troppo alte	Troppo piccola	In cattive condizioni	Peggiorata	Edifici scarsi o insufficienti

AREE GEOGRAFICHE

Nord-Ovest	37,5	52,8	45,1	35,1	7,2	55,6	6,3	4,7	31,0	32,0
Nord-Est	23,2	48,1	35,9	22,8	5,7	61,0	4,8	5,1	31,3	32,2
Centro	38,3	52,0	37,5	25,7	11,0	60,7	8,5	5,3	31,3	41,2
Sud	29,7	43,5	30,3	32,4	23,0	49,6	12,8	10,1	25,4	41,5
Isole	28,4	45,8	28,9	24,6	28,9	51,5	14,3	7,3	29,5	43,7

TIPOLOGIA DEL COMUNE

Comune centro dell'area metropolitana	58,0	71,8	62,3	55,9	6,6	57,3	10,3	7,7	36,1	42,5
Periferia dell'area metropolitana	34,8	56,5	47,5	35,8	12,8	56,4	10,1	5,9	27,2	35,9
Fino a 2000 abitanti	17,5	13,7	8,0	10,9	15,4	53,7	6,6	5,1	24,1	34,4
Da 2001 a 10.000 abitanti	21,3	36,3	20,3	14,9	18,1	55,7	8,7	5,6	27,4	32,2
Da 10.001 a 50.000 abitanti	26,3	49,4	35,9	23,9	12,5	58,2	9,2	5,8	28,6	38,9
50.001 abitanti e più ¹	35,6	54,7	43,0	33,9	13,1	53,3	6,4	7,1	32,4	38,4

¹ molto/a o abbastanza

Fonte: cfr. tabella 4.1

PARTE SECONDA:
**LA SALUTE DELL'ANZIANO
E IL CONTESTO SOCIO-SANTARIO**

PAGINA BIANCA

1

INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE E ASPETTI SOCIO-SANITARI

1.1 STATO DI SALUTE, CRONICITÀ E DISABILITÀ DELLA POPOLAZIONE ITALIANA

La conoscenza dello stato di salute - sia oggettiva che soggettiva - della popolazione anziana e il suo stile di vita, che è fortemente correlato alle condizioni di salute, costituisce la base della politica sanitaria ed assistenziale, oltre che largamente di quella sociale ed economica.

Ma a tale esigenza conoscitiva si contrappone una non sempre adeguata disponibilità di informazioni di natura prettamente sanitaria per la ridotta diffusione di indagini mediche ed epidemiologiche sulla popolazione di anziani e per la mancanza di una ben definita e standardizzata procedura di rilevazione che rendono, fra l'altro, non facili i confronti internazionali. Infatti, la diversità nelle definizioni, la mancanza di standardizzazione tra i vari paesi dei concetti utilizzati, i differenti criteri di classificazione, i diversi contesti sociali e culturali di riferimento rendono difficile effettuare, a livello internazionale, significative comparazioni sullo stato di salute e sulla domanda ed offerta di servizi sanitari. Per questo motivo, si sono tralasciati i confronti internazionali, soffermandosi in modo più approfondito sulla situazione in Italia.

In particolare, con riferimento allo stato di salute, alla presenza di malattie croniche e disabilità nella popolazione italiana e al ricorso ad alcuni servizi sanitari bisogna riferirsi ai risultati ottenuti da due grandi indagini: l'Indagine Multiscopo sulle Famiglie (IMF)¹ condotta dall'ISTAT e l'indagine ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging), del Progetto Finalizzato Invecchiamento del CNR.

I dati della prima indagine si basano su valutazioni soggettive dello stato di salute, cioè sulla *salute percepita*, e sulla conoscenza, da parte del singolo individuo intervistato dall'ISTAT, della presenza o assenza di malattie croniche o di disabilità, notizie che non sono supportate da rilevazioni oggettive, così come invece avviene per i dati dell'indagine ILSA, che hanno comportato uno screening medico completo sul campione di riferimento. Il diverso approccio che caratterizza le due indagini cui ci si riferisce è da ricondurre, oltre che ai diversi presupposti di base e alle loro diverse finalità, anche alla differente numerosità campionaria che, prendendo in esame nel caso della IMF campioni molto grandi (70.000 unità circa), rende praticamente improponibile una rilevazione basata su valutazioni oggettive, realizzabile invece nel caso ILSA, dove la numerosità campionaria è di gran lunga più ridotta (poco meno di 6.000 unità circa). Pertanto, entrambi gli approcci consentono importanti analisi e alcuni utili confronti.

1.2. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

1.2.1. L'indagine ISTAT

Definire lo stato di salute di un individuo costituisce indubbiamente un'impresa ardua, data la molteplicità e la concomitanza dei numerosi fattori sanitari - fisici, psico-

¹ A cui si riferiscono la maggior parte dei risultati riportati nel presente rapporto.

logici e cognitivi - e socio-economici che concorrono alla sua determinazione, legati peraltro alla estrema variabilità con cui ciascuno vive la propria esistenza. D'altra parte la sua rilevazione è importante in quanto, concretizzandosi attraverso un giudizio soggettivo basato sulla autopercezione di sé e della propria vita, fornisce interessanti indicazioni sul benessere psicologico e sociale, oltre che fisico, percepito nel suo complesso da un individuo.

Diversi studi (Shanas e Maddox, 1985) hanno sottolineato non solo la soddisfacente affidabilità che generalmente caratterizza questo indicatore, la *salute percepita*, ma anche la sua capacità di sintetizzare il carico delle malattie in atto - soprattutto per gli anziani - e il suo alto valore previsivo sia della disabilità, che della mortalità negli anni immediatamente seguenti la rilevazione. Anche se varie ricerche sottolineano che spesso le valutazioni soggettive della salute non sono del tutto in accordo con gli indicatori oggettivi (Borawski, Kinney e Kahana, 1996; Golini, Calvani, 1998), la percezione del proprio stato di salute rappresenta uno degli indicatori più importanti da prendere in esame, in quanto nessuna statistica sulle malattie e invalidità sembra poter fornire una sintesi adeguata della domanda di assistenza sociale e sanitaria, più di quanto si riesca a fare con l'autopercezione della malattia. Non a caso fra gli anziani ad accusare le peggiori condizioni di salute sono proprio malati affetti da polipatologie e disabili; si ritrova quindi che la prevalenza di malattie croniche è straordinariamente più forte della prevalenza di persone che si dichiarano in cattive condizioni di salute, sicché non è poi così scontato ritenere che chi è malato e/o disabile debba necessariamente accusare una sensazione di malessere. In generale dichiara di sentirsi bene non soltanto la persona che non ha malattie, ma anche la persona che soffre di una o più malattie croniche che gli consentono però di svolgere le sue normali attività di vita.

Ma se ogni persona nella valutazione soggettiva della propria salute non tiene solo conto della presenza di malattia e disabilità (sebbene sia fortemente influenzata da queste variabili), in quanto frutto della sintesi conscia e inconscia che ciascun individuo opera di molteplici componenti, è pur vero che la presenza, dichiarata, di malattie croniche e di disabilità aiuta a descrivere in modo abbastanza preciso lo stato di salute degli anziani, misurandone le capacità funzionali e, in molti casi, l'estensione e la gravità delle patologie invalidanti.

Pertanto con riferimento allo stato di salute, alla presenza di malattie croniche e di disabilità - seguendo un approccio basato su valutazioni soggettive - si è fatto ricorso alla fonte italiana più ricca di informazioni su questa tematica, cioè le Indagini Multiscopo sulle Famiglie (IMF), condotte periodicamente dall'ISTAT. In particolare si farà riferimento principalmente ai dati dell'indagine più recente (1998), ancora parziali; si utilizzeranno pertanto anche i dati riferiti al periodo precedente (1994). E ciò per determinare la prevalenza di persone in cattivo stato di salute (cioè la percentuale di coloro che alla indagine dichiarano di sentirsi male o molto male), di malati cronici (gli individui che dichiarano di almeno una malattia cronica), di disabili (coloro che presentano una totale incapacità o difficoltà grave in almeno una delle attività considerate essenziali nella vita quotidiana, secondo la classificazione ICDH - International Impairment Classification of Disease, Disability and Handicap).

Le elaborazioni hanno riguardato sia variabili demografiche e sanitarie, che variabili sociali data l'esigenza di seguire un approccio multidimensionale nella valutazione delle esigenze di anziani, malati e disabili. L'analisi congiunta degli indicatori considerati, volta all'individuazione delle mutue interrelazioni, ha consentito di disporre di un quadro abbastanza completo e sufficientemente attendibile per la

valutazione delle esigenze e dei bisogni assistenziali di anziani, in particolare di quelli non autosufficienti.

Una sintesi delle condizioni di salute della popolazione italiana con particolare riferimento agli anziani compare nella tabella 1.1 e nelle figure da 1.1 a 1.4.

Tab. 1.1. - Persone che dichiarano di sentirsi male^(a), prevalenza di almeno una malattia cronica e di almeno una disabilità, per classi di età e genere. Valori percentuali (per 100 persone della stessa età), 1998.

Età	Cattiva salute			Prevalenza di malattie croniche			Prevalenza di disabilità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
fino a 59 anni	2,8	3,3	3,0	20,5	22,5	21,5			
60-64	11,6	14,1	12,9	61,0	65,5	63,3	6,1*	5,8*	6,0*
65-69	13,9	17,8	16,1	68,0	73,3	71,0	8,1*	9,8*	9,6*
70-74	20,3	22,0	21,3	74,0	78,0	76,2	12,0*	15,9*	14,8*
75-79	27,5	32,5	30,2	77,2	83,4	80,8	21,2*	25,1*	22,2*
80 +	42,6	46,2	45,1	80,9	85,2	83,8	38,7*	51,7*	52,1*
Totale	6,0	8,9	7,6	30,7	36,3	33,5	4,7	7,7	6,2

^(a) Comprende anche molto male - * Dati relativi al 1994

Fonte: elaborazioni proprie su dati ISTAT, 1998

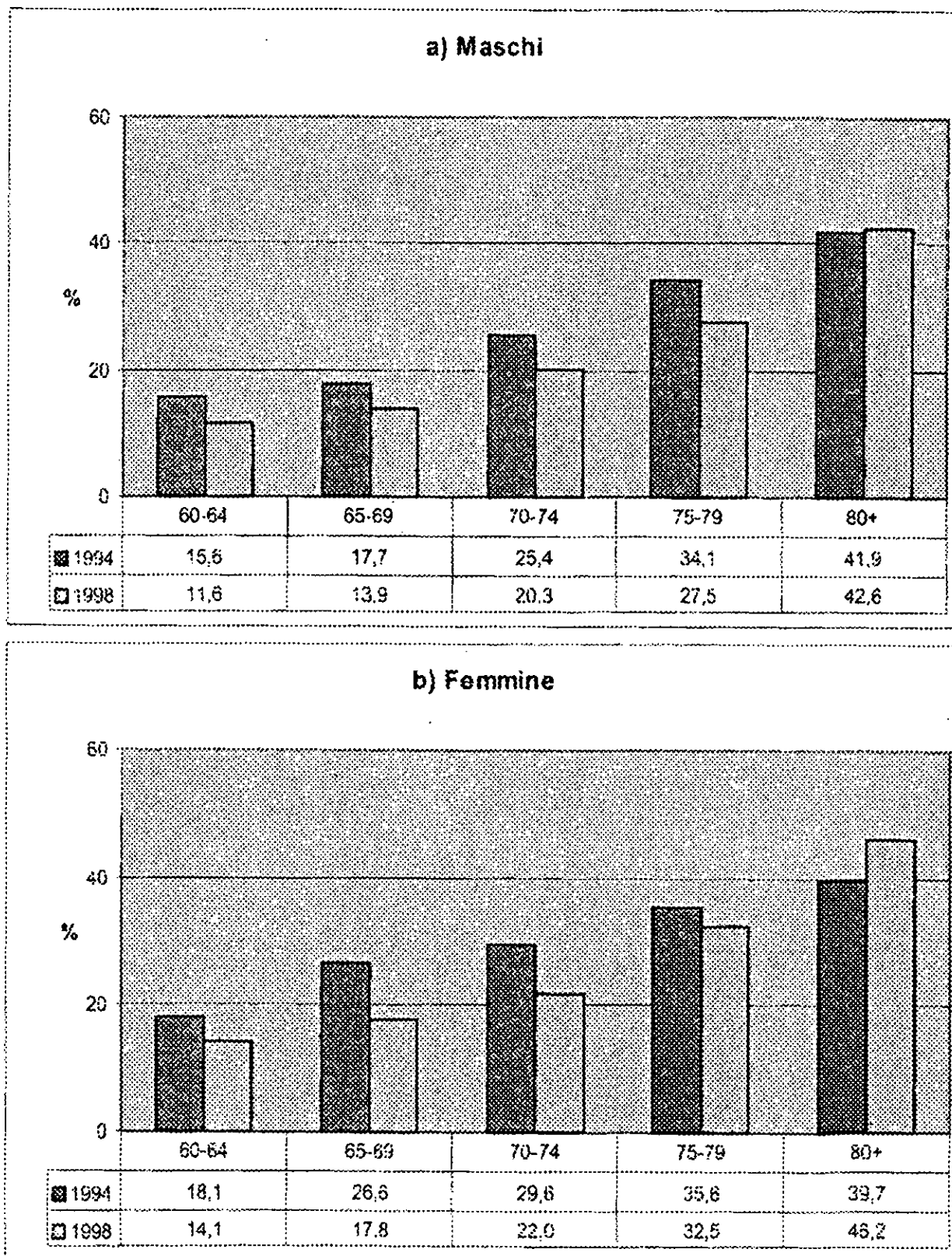
Le principali evidenze che si ricavano dai dati sono:

- 1) il malessere legato al "sentirsi male" per le cattive condizioni di salute cresce fortemente fra la classe di età 65-69 e quella 70-74 anni; i 70 anni sembrano quindi rappresentare una soglia critica. In generale le donne denotano una situazione di svantaggio. Non meno importante è sottolineare che comunque anche a 70 anni oltre il 40 per cento della popolazione dichiara di "sentirsi bene" (tabella 1.1 e figura 1.2);
- 2) fra il 1994 e il 1998 i dati Istat mettono in luce un non trascurabile miglioramento della salute percepita dagli intervistati, miglioramento che tocca i 4-6 punti percentuali nelle età fino agli 80 anni. A partire da quest'ultima età invece si nota invece un peggioramento particolarmente accentuato per le femmine (figura 1.1). Queste tendenze sono di particolare rilievo e vanno ulteriormente monitorate
- 3) la frequenza di malattie croniche è elevatissima. Già a partire dai 60-64 anni di età, circa 2 persone su 3 dichiarano di avere almeno una malattia cronica (la frequenza "reale" dovrebbe essere maggiore per il fatto che, come sarà visto più avanti, diverse persone non sanno di avere una malattia cronica o la stessa non è stata ancora diagnosticata). Oltre gli 80 anni almeno 4 persone su 5 dichiarano di soffrire di almeno una malattia cronica, con tassi di prevalenza che sono maggiori per il sesso femminile;
- 4) fra il 1994 e il 1998 i dati Istat mettono in luce un sensibile miglioramento nella presenza di malattie croniche dichiarate dagli intervistati, miglioramento che tocca i 10-12 punti percentuali in tutte le classi di età, anche quelle dopo gli 80

anni (figura 1.3). Anche queste tendenze sono di particolare rilievo e vanno ulteriormente monitorate

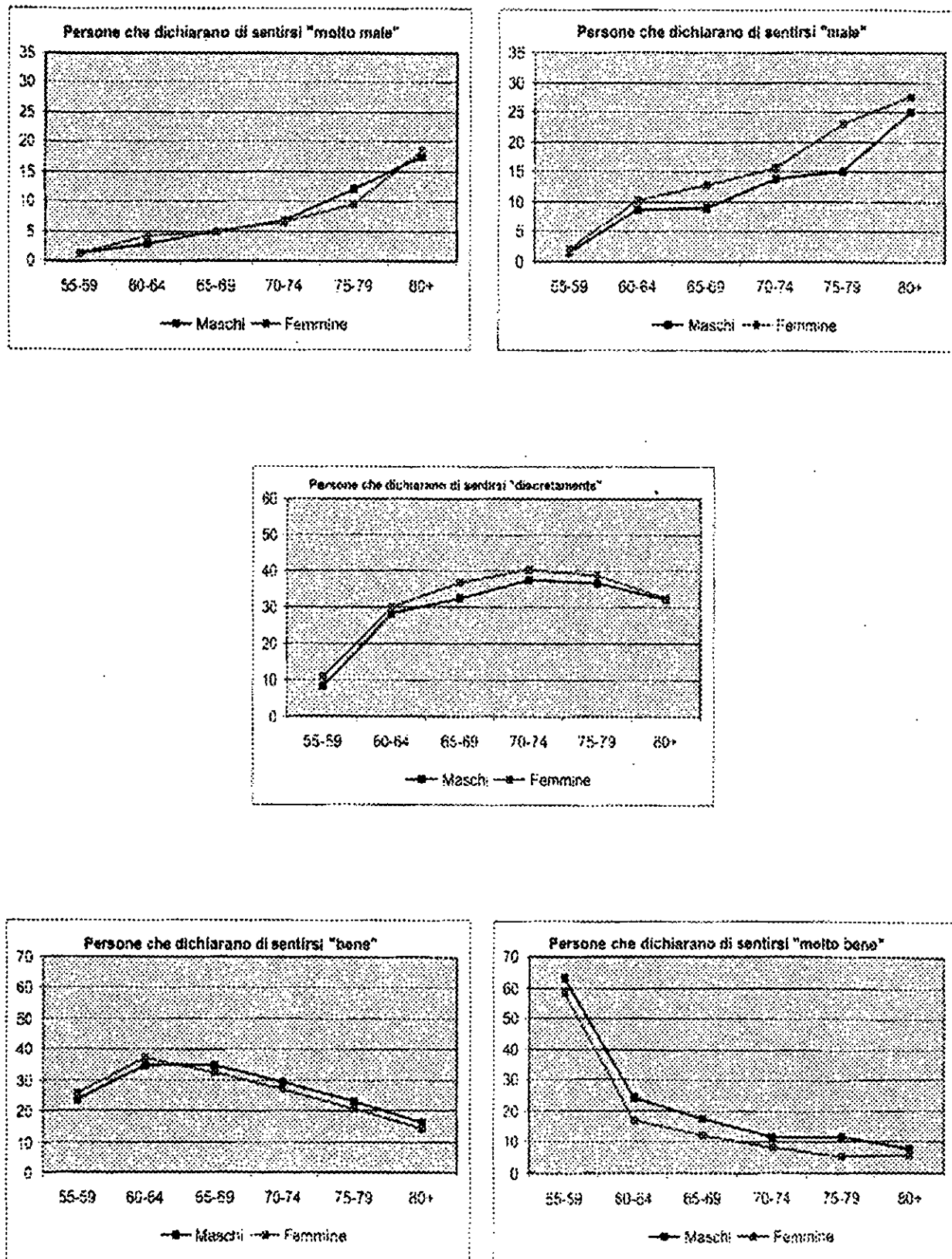
- 5) la disabilità è fra i "giovani anziani" assai meno diffusa delle malattie croniche; colpisce soprattutto le persone più anziane e i vecchi, manifestando ancora una volta un trend fortemente crescente con l'avanzare degli anni e una situazione generalmente più sfavorevole per le donne, soprattutto a partire dai 70 anni in poi. Tra i vecchi (80 anni e più), una persona su due presenta una qualche forma di limitazione nella propria autonomia fisica, con rilevanti differenze tra i sessi: il 38,7% degli uomini ultraottantenni presenta almeno una disabilità contro il 51,7% delle donne.
- 6) si può ritenere che le donne siano maggiormente colpite dalle conseguenze delle patologie degenerative che insorgono in età anziana anche perché, avendo una speranza di vita molto più lunga di quella degli uomini, sono assai meno selezionate: secondo le ultime tavole di mortalità (1995) sopravvivono a 80 anni il 65% delle donne e soltanto il 43% degli uomini. Le cause dello "svantaggio" femminile non sono unicamente riconducibili ad un quadro patologico sfavorevole per le donne, ma in parte determinate dalla loro maggiore sensibilità a "sentire" i propri malesseri, nonché dall'azione congiunta di un effetto legato all'incidenza, alla letalità ed alla durata delle forme morbose, che colpiscono in modo differenziato uomini e donne. Esistono, inoltre, altri fattori di natura socio-economica che influiscono sulle condizioni di salute e che vedono più svantaggiate le donne rispetto agli uomini: il vivere in solitudine, il più basso livello di istruzione, le risorse economiche più precarie, tutti fattori questi solitamente associati ad un quadro clinico non del tutto positivo;
- 7) da una lettura più approfondita, emerge che il "sentirsi bene" non è strettamente correlato con la presenza di malattie croniche e/o disabilità. Nelle classi di età più anziane, ad esempio in quella 75-79 anni, nonostante che ben l'81% delle persone abbia almeno una malattia cronica e il 22% almeno una disabilità, soltanto il 30% dichiara di sentirsi male, a riprova del fatto che spesso conta più *"come ci si sente"* che non il *"come si sta effettivamente"*. Questi dati dimostrano come a una certa età sia considerato "normale" essere colpiti da una qualche forma patologica che non spinge a "sentirsi male", finché la patologia consente le normali attività di vita;
- 8) si può ipotizzare che i differenti valori riscontrati tra il 1994 e il 1998 nelle variabili considerate non sono dovute unicamente ad un reale miglioramento o peggioramento delle condizioni di salute, ma che siano anche riconducibili alle differenti tecniche di rilevazione e al diverso periodo di rilevazione a cui si fa riferimento nelle due indagini (così come segnalato dagli stessi ricercatori dell'Istat). Pertanto, tali analisi avendo evidenziato andamenti simili a quelli già precedentemente riscontrati consentono di supporre valido, anche per il periodo 1998, oltre che per il 1994, l'esistenza di un modello matematico, che attraverso l'individuazione di curve interpolanti consente di formalizzare in modo preciso e sistematico i forti legami esistenti tra variabili demografiche e indicatori della salute. Sarà utile indagare in questo senso, soprattutto per le implicazioni positive che questo approccio potrebbe avere, sull'individuazione dei bisogni delle persone malate e sulla predisposizione e attivazione di forme integrative di assistenza.

Fig. 1.1. - Prevalenza di persone che dichiarano di sentirsi male, per genere e classe d'età. Italia, 1998



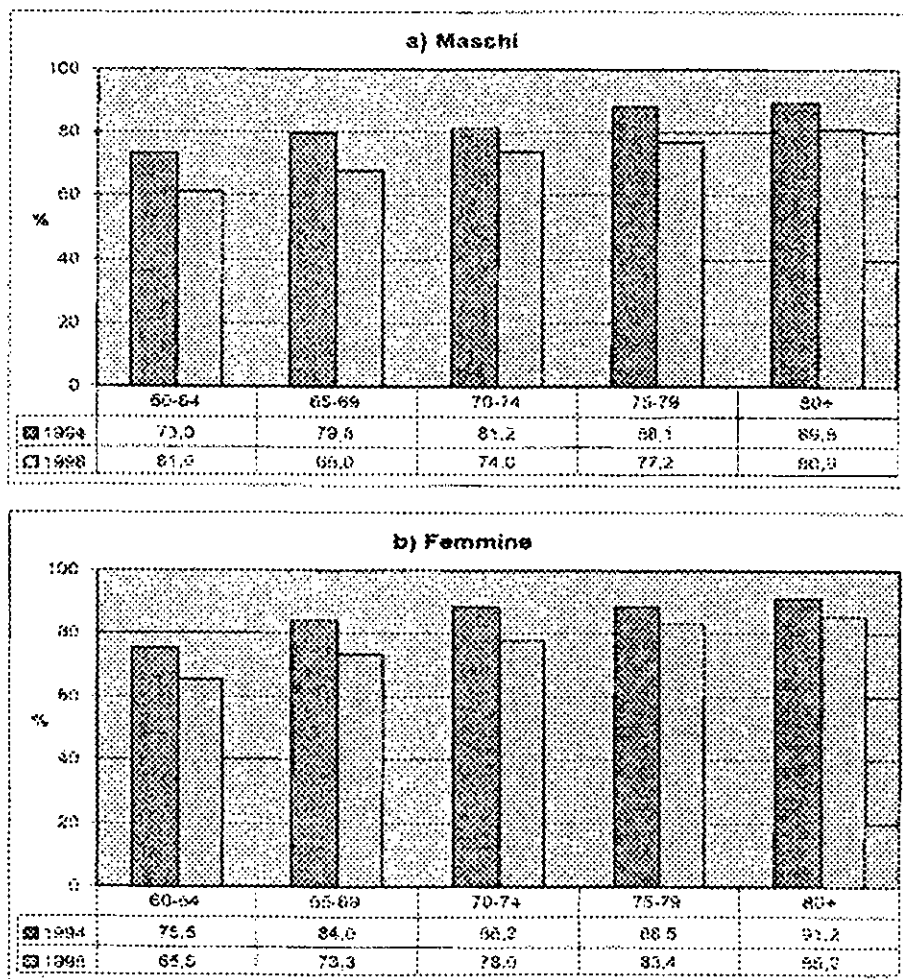
Fonte: nostre elaborazioni dati Istat, 1998

Fig. 1.2 - Popolazione secondo la salute percepita, per sesso e classe di età. Valori percentuali, 1998.



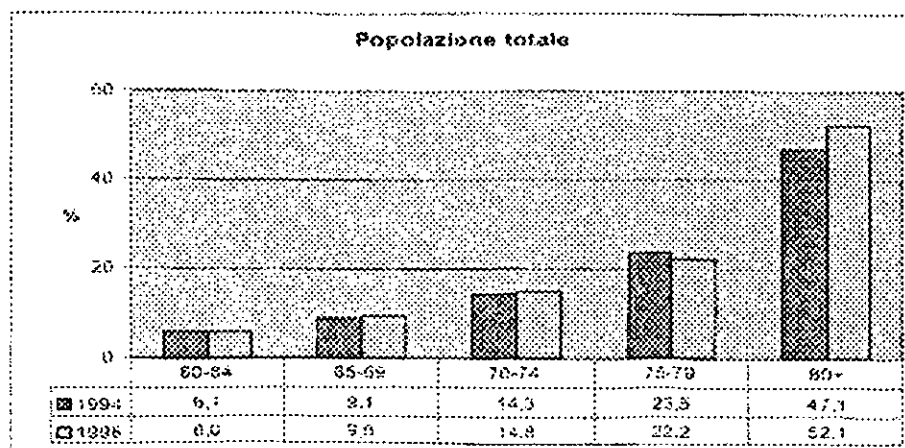
Fonte: cfr. figura 1.1

Fig. 1.3. - Prevalenza di persone con almeno una malattia cronica, per genere e classe d'età. Italia, 1998



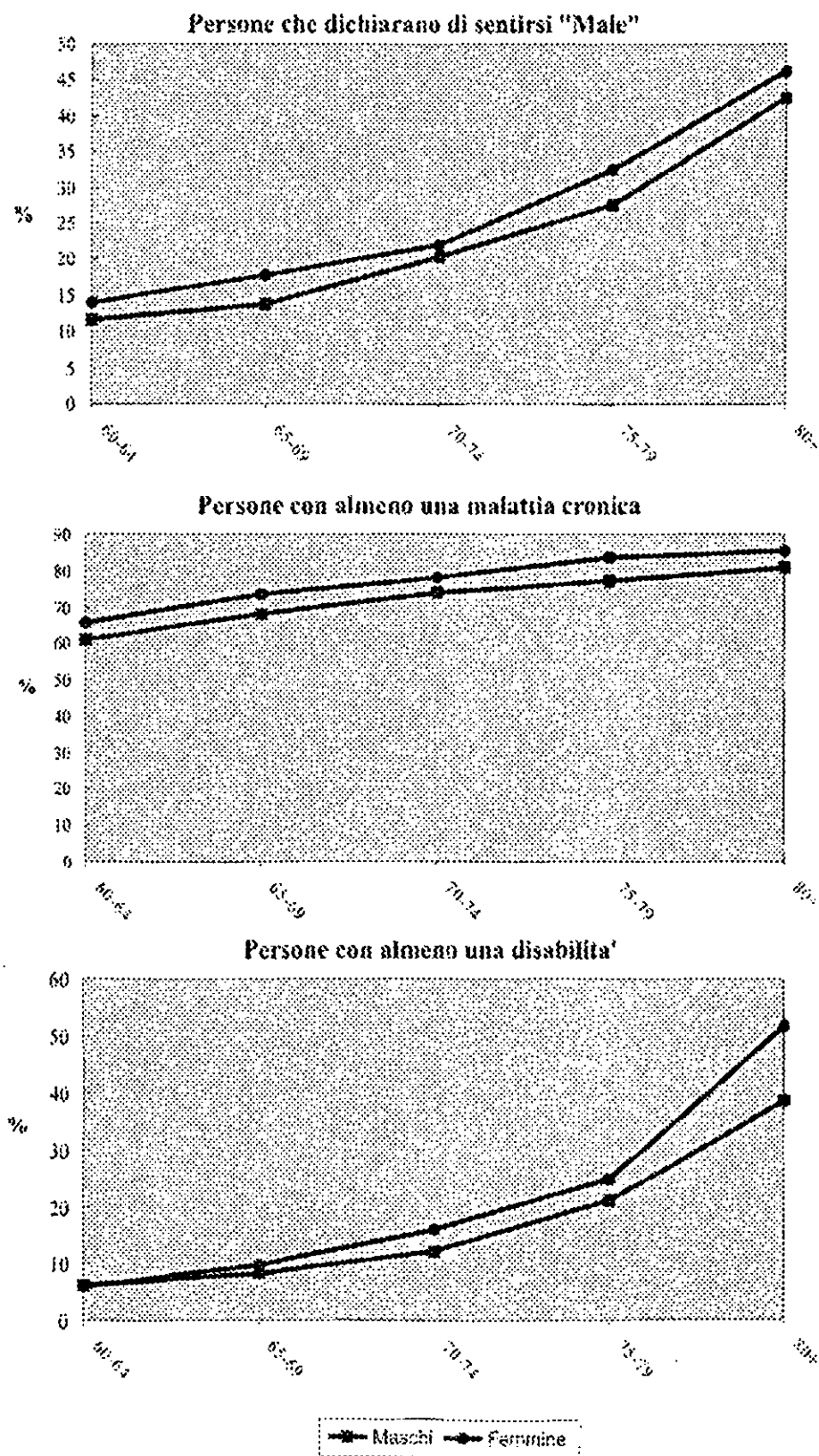
Fonte: cfr. figura 1.1

Fig. 1.4. - Prevalenza di persone con almeno una disabilità, per classi d'età. Italia, 1998.



Fonte: cfr. figura 1.1

Fig. 1.5. - Prevalenza di persone che dichiarano di sentirsi male, con almeno una malattia cronica o almeno una disabilità, per genere e classi di età. Italia 1998



Per quanto riguarda la diffusione delle singole malattie croniche si possono riscontrare interessanti differenze nella graduatoria della popolazione totale e di quella con più di 75 anni e tra uomini e donne (tabella 1.2 e 1.3).

Tab. 1.2. - Graduatoria delle malattie croniche. Popolazione totale distinta per sesso. Valori percentuali (per 100 persone dello stesso sesso), 1998.

Malattie croniche	Maschi	Malattie croniche	Femmine
Artrosi, artrite	13,5	Artrosi, artrite	21,8
Ipertensione arteriosa	8,8	Ipertensione arteriosa	11,8
Bronchite ^(a)	6,6	Osteoporosi	8,4
Malattie allergiche	6,3	Malattie allergiche	7,0
Malattie del cuore	3,8	Bronchite	5,4
Ulcera ^(b)	3,6	Disturbi nervosi	4,7
Diabete	3,1	Diabete	3,9
Disturbi nervosi	2,9	Malattie del cuore	3,5
Osteoporosi	1,5	Ulcera	2,4

^(a) incluse enfisema e insufficienza respiratoria;

^(b) gastrica e duodenale

Fonte: cfr. tabella 1.1

Tab. 1.3. - Graduatoria delle malattie croniche. Popolazione di 75 anni e più distinta per sesso. Valori percentuali (per 100 persone dello stesso sesso), 1998.

Malattie croniche	Maschi	Malattie croniche	Femmine
Artrosi, artrite	47,6	Artrosi, artrite	63,7
Bronchite ^(a)	31,3	Ipertensione arteriosa	41,9
Ipertensione arteriosa	31,1	Osteoporosi	34,2
Malattie del cuore	19,1	Bronchite ^(a)	19,6
Diabete	13,6	Malattie del cuore	16,6
Ulcera	10,7	Diabete	15,6
Disturbi nervosi	10,4	Disturbi nervosi	11,4
Osteoporosi	9,8	Ulcera	6,1
Malattie allergiche	4,0	Malattie allergiche	5,2

Fonte: cfr. tabella 1.1

La graduatoria delle malattie croniche fra gli ultrasessantacinquenni vede ai primi posti l'artrosi/artrite, diffusissima e accusata da circa la metà degli uomini e da circa due terzi delle donne; a questa patologia dovrebbe essere assicurata una maggiore attenzione anche da parte della ricerca scientifica, per la ricerca di farmaci più efficaci e meno onerosi. Appena poco meno diffusa è l'ipertensione arteriosa, che peraltro è spesso latente o ignorata, sicché la sua prevalenza reale è, come dimostreranno i dati raccolti dall'indagine ILSA, assai più elevata di quella che risulta dall'autodichiarazione resa agli intervistatori dell'ISTAT; è una patologia da seguire con particolare attenzione per le pesanti conseguenze che può avere ove sia ignorata e quindi trascurata. Fortemente differenziati per sesso sono la bronchite, assai più frequente fra gli uomini, e l'osteoporosi, assai più frequente fra le donne; in entrambi i casi una intensa opera di

prevenzione ed educazione potrebbe portare a un miglior controllo e a una riduzione della loro prevalenza.

Seppure non ai primi posti della graduatoria, sono importanti, soprattutto in riferimento alla perdita di autosufficienza che spesso comportano, i disturbi nervosi (fra i quali va ricordata la depressione, particolarmente onerosa per il paziente e per i familiari), che rappresentano il 10% circa di tutte le malattie degli anziani, e il diabete.

Da segnalare, inoltre le patologie cronic-degenerative che determinano l'insorgenza di disabilità: assorbono il 50% dei casi e occupano il primo posto tra le cause dell'invalidità malattie come l'Alzheimer e la sindrome di Parkinson; seguono gli episodi acuti invalidanti come quelli cardio e cerebro-vascolari con il 20% dei casi di invalidità; gli incidenti e le malformazioni congenite. Tuttavia, oltre l'85% dei casi di invalidità sono riconducibili ad eventi che insorgono dopo la nascita: pertanto, le politiche di prevenzione, intese sia come comportamenti e stili di vita salutari che come misure sanitarie, potrebbero svolgere un ruolo determinante.

Un aspetto particolarmente importante per la salute degli anziani riguarda la multicronicità (tabella 1.4), ovvero la copresenza di più malattie croniche in uno stesso individuo. Dalla distribuzione della popolazione di ultrasessantacinquenni, distinta per sesso, emerge che fra le persone anziane si ritrova una situazione assai poco favorevole: l'assoluta maggioranza (76,9%) presenta almeno una malattia cronica, mentre più della metà ne presenta due o più. E quindi è interessante osservare che se è vero che una larga quota di persone non è affetta da patologie croniche, è altrettanto vero che chi è malato solitamente ne presenta più di una.

Tab. 1.4. - Popolazione totale e popolazione di 65 anni e più per condizione di salute, numero di malattie croniche e sesso, anno 1998. Valori percentuali (per 100 persone dello stesso sesso ed età)

	Popolazione totale			Popolazione di 65 anni e più		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Buona salute	78,5	72,1	75,2	41,0	33,1	36,3
1 o + malattie	30,7	36,3	33,5	73,6	79,2	76,9
2 o + malattie	13,5	19,6	16,6	46,4	57,5	53,0
Cronici in buona salute	51,4	43,5	47,0	31,7	26,3	28,4

^{a)} Per "Buona salute" si intendono le persone che hanno dichiarato di sentirsi "Bene" o "Molto bene".

Fonte: cfr. tabella 1.1

È interessante osservare, sempre nella tabella 1.4, l'elevata percentuale di coloro che pur essendo affetti da una o più malattie croniche, percepiscono come buono il proprio stato di salute, a conferma del fatto che conta più il "come ci si sente" che non la presenza o meno di patologie e disabilità, anche se ovviamente questi elementi, in relazione alla loro tipologia e alla loro gravità, influiscono profondamente sullo stato di salute. Come è stato già rilevato, fin tanto che le malattie croniche consentono all'individuo di continuare a vivere la propria esistenza senza troppe limitazioni o frustrazioni, la persona solitamente dichiara di sentirsi bene o abbastanza bene. Nel momento in cui la gravità della malattia cronica si accentua, sconfinando nella disabilità e divenendo perciò invalidante per l'individuo, allora la percezione della malattia diviene un fatto grave e pesante da sostenere sia al livello individuale (per le sofferenze e limitazioni che può comportare), che al livello familiare e sociale (per la domanda di assistenza che ne può derivare). I dati rilevati e queste considerazioni sottolineano, dunque, l'importanza che l'autopercezione dello stato di

salute ricopre rispetto alla stessa rilevazione oggettiva della presenza o assenza di malattie croniche. Conta certo molto come l'individuo vive la propria malattia e quanto si senta menomato da essa.

Gli aspetti esaminati e le problematiche che ne sono derivate sottolineano la necessità di valutare attentamente la domanda sanitaria ed assistenziale proveniente dai malati cronici e, in modo particolare, dai disabili dato il notevole impatto che questa esercita sulla riorganizzazione dei servizi socio-sanitari rivolti ad anziani, malati cronici e non autosufficienti. E la nostra attenzione deve essere rivolta soprattutto a questi ultimi che - come sottolineato dal Parlamento europeo in occasione della giornata sulla disabilità del 3 dicembre 1995 e successivamente dal Presidente dell'Istat - sono qualificabili come "cittadini invisibili", sia sul piano legislativo che statistico, a causa della scarsa attenzione a loro dedicata. Alla carenza di informazioni si unisce anche la scarsa presenza di strutture a loro dedicate: il tasso di istituzionalizzazione nel nostro paese è molto basso rispetto agli altri paesi europei, per di più la situazione delle circa 300 mila persone istituzionalizzate è fortemente critica.

La necessità di assistenza è peraltro confermata dal tipo di limitazione che la disabilità stessa comporta. L'attività maggiormente compromessa per gli ultrasessantenni è rappresentata dall'incapacità di farsi il bagno o la doccia autonomamente, seguita nell'ordine, dalla difficoltà incontrata nel vestirsi e nel mettersi a letto ed alzarsi da solo e nello svolgere altre attività (tabella 1.5).

Tab. 1.5. - **Popolazione con disabilità, per tipo di limitazione e genere (per 1000 abitanti), 1998**

Tipo di limitazione	Totale	Femminile	Maschi
Confinamento (a)	23,5	32,2	14,4
Difficoltà nelle attività della vita quotidiana (b)	41,6	50,8	32,0
Difficoltà nel movimento (c)	30,2	39,2	20,8
Difficoltà nella comunicazione (d)	12,9	14,6	11,0
Disabili (e)	62,3	77,1	46,9

^a Si tratta di persone confinate in un letto, in una sedia o in una abitazione.

^b Si tratta di persone non in grado di svolgere autonomamente una o più 'funzioni della vita quotidiana' che comprendono le attività di cura della persona (lavarsi, vestirsi, fare il bagno o la doccia, mangiare).

^c Si tratta di persone non in grado di svolgere autonomamente una o più 'funzioni di mobilità' e locomozione (camminare, salire e scendere le scale, raccogliere oggetti da terra).

^d Si tratta di persone non in grado di svolgere una o più delle funzioni della parola, della vista e dell'udito.

^e Si tratta di persone con dipendenza in una o più delle funzioni precedenti.

Fonte: cfr. tabella 1.1

Al disagio provocato dai problemi di salute va aggiunto il disagio sociale con cui si confrontano i disabili: infatti, le persone con problemi di disabilità si trovano a vivere più frequentemente degli altri in abitazioni prive di riscaldamento e in cattive condizioni (tabella 1.6). Circa il 40% di disabili denuncia difficoltà economiche, mentre il 25,6% vive in solitudine, spesso distante dai familiari (23,1%) e in abitazioni senza riscaldamento (21,3%). Si comprende, dunque, l'importanza e il ruolo che i meccanismi di selezione sociale giocano nella tutela della salute.

Le persone socialmente svantaggiate ricorrono più frequentemente a servizi di assistenza generica (tra cui, in primo luogo, il medico di base e l'ospedale) e utilizzano meno i servizi di medicina diagnostica, specialistica e di riabilitazione.

Tab. 1.6. - Indicatori di disagio sociale della popolazione per presenza di disabilità, 1998

Aspetti di disagio sociale	Disabili	Non disabili
Abitazione senza riscaldamento	23,1	14,8
Abitazione senza telefono	11,3	6,9
Abitazione molto distante dai familiari	23,1	17,9
Abitazione in cattive condizioni	8,3	3,9
Risorse scarse o insufficienti	39,7	27,3
Vivono soli	25,6	7,2

Fonte: cfr. tabella 1.1

Una situazione di disagio economico può rappresentare un ostacolo al recupero della salute o all'assistenza adeguata in caso di bisogno. Al tempo stesso, un cattivo stato di salute, in particolare la presenza di disabilità, può rappresentare un ostacolo al miglioramento delle condizioni economiche e sociali perché preclude, talvolta definitivamente, la possibilità di lavoro o di percepire un reddito adeguato.

1.2.2. L'indagine ILSA¹

Nel dichiarare il 1999 "anno dell'anziano" l'ONU diffondeva un documento centrato sulla necessità, da una parte, di ridurre gli effetti negativi della "fragilità" legata alla vecchiaia e, dall'altra, di ridare dignità e valore al ruolo dell'anziano nella società. In realtà si tratta di due obiettivi tra di loro correlati, in conseguenza dello stretto rapporto esistente tra le condizioni socio-economiche e lo stato di salute dell'anziano.

Il concetto di "fragilità" si traduce, facendo riferimento ai dati epidemiologici, nell'aumento del rischio associato di ammalarsi di più malattie insieme - polipatologia o comorbidità - e di perdere l'autonomia personale. Tale rischio aumenta nettamente dopo i 75 anni d'età, per cui la "fragilità" dell'anziano viene ad essere un fenomeno caratteristico dell'ultimo periodo della vita.

Secondo il già citato documento dell'ONU due devono essere le strategie di fondo per impedire la comparsa e gli effetti negativi della "fragilità". La prima di queste si identifica nella capacità di attuare efficaci programmi di prevenzione iniziando sin dall'età giovanile e adulta; la seconda (che sarà vista meglio in seguito) si riferisce alla necessità di razionalizzare l'organizzazione assistenziale per chi è già anziano "fragile".

1.2.2.1. La prevenzione: la situazione attuale e le strategie future

È importante, innanzi tutto, far riferimento ad alcuni dati dello studio longitudinale ILSA² che, essendo l'unica ricerca italiana di questo tipo, è il solo in grado di fornire

¹ Questo paragrafo è stato tratto integralmente da: Lo stato di salute degli anziani in Italia, Contributo del sottoprogetto 2 e sottoprogetto 5 del Progetto Finalizzato Invecchiamento e del Progetto Strategico sull'invecchiamento del CNR.

² L'ILSA rappresenta il primo studio italiano di tipo longitudinale effettuato sulla popolazione. Il campione è costituito da 6.000 circa persone, di età compresa tra i 65 e gli 84 anni. Sono stati coinvolti nella raccolta numerosi centri, dalle cui liste anagrafiche è stato estratto un campione non casuale.

un quadro attendibile della dinamica dei fenomeni di morbosità e disabilità correlati con l'età nel campione preso in esame.

La figura 1.6 mostra la prevalenza delle patologie cronic-degenerative nel campione di anziani studiati a domicilio e non istituzionalizzati: si nota chiaramente un aumento della prevalenza di più patologie coll'aumentare dell'età, che si traducono anche in un forte incremento (figura 1.7) della prevalenza di disabilità nelle due classi d'età 75-79 e 80-84. A questi dati di prevalenza della disabilità è importante accostare quelli di prevalenza delle principali patologie cronic-degenerative (figura 1.8).

Fig. 1.6. - Composizione percentuale degli anziani per classi di età e per numero di patologie presenti (esprese in diagnosi).

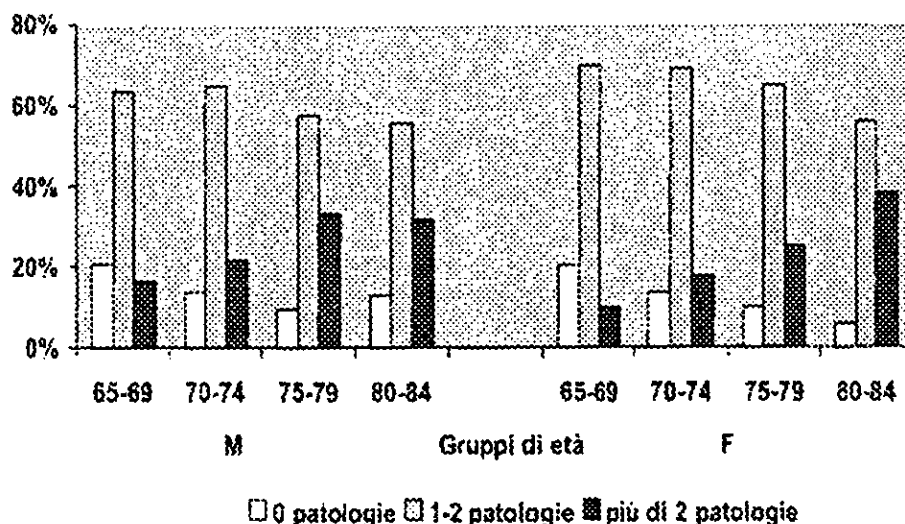
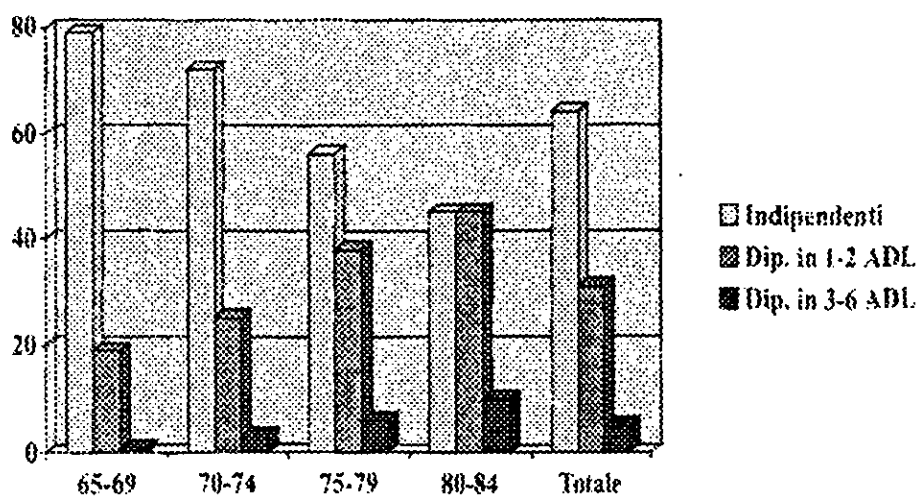
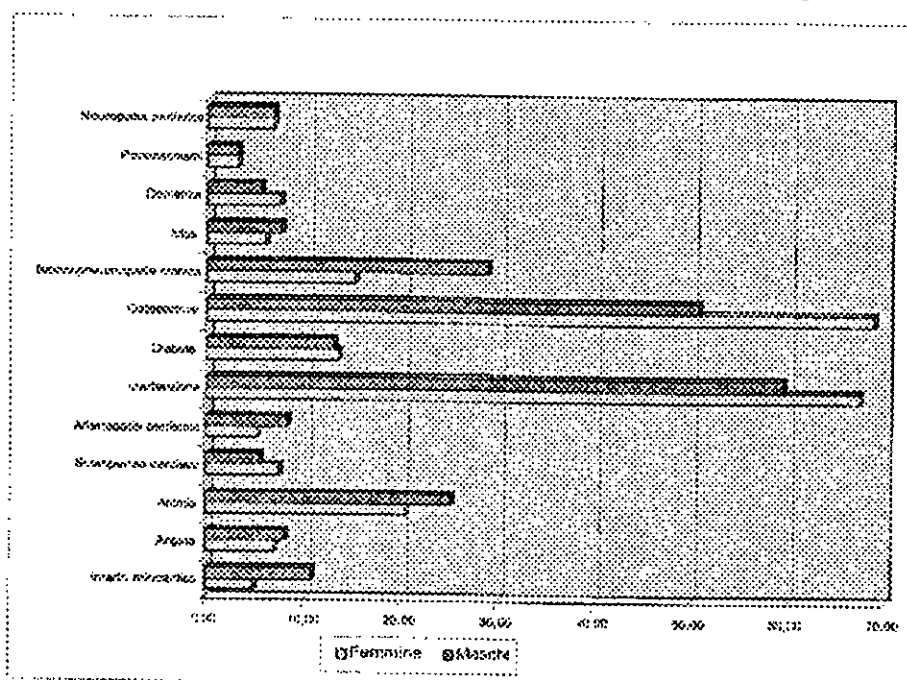


Fig. 1.7. - Percentuale di anziani non istituzionalizzati relativi al campione, per classi di età e grado di disabilità*.



* ADL: Activities of Daily Living

Fig. 1.8. - Prevalenza delle principali patologie cronic-degenerative, per sesso.



Sulla base delle proiezioni demografiche già viste la fascia di popolazione anziana più "fragile", cioè quella degli ultrasettantacinquenni, subirà il maggiore incremento nei prossimi 30 anni; di conseguenza la spesa per il fabbisogno assistenziale di queste persone dovrebbe essere destinata ad almeno raddoppiare.

Tuttavia esistono diversi elementi che fanno ritenere possibile un'inversione o quanto meno un rallentamento dell'incidenza e della prevalenza di gran parte delle principali patologie cronic-degenerative caratteristiche della vecchiaia. Ciò potrebbe portare anche ad una riduzione della incidenza e della prevalenza della disabilità.

Vi sono alcuni dati statunitensi che dimostrano come il fenomeno disabilità sia in progressiva diminuzione. Ad esempio, una proiezione sulla prevalenza della disabilità fatta nel 1980, tenendo conto dei dati di quel periodo, si è poi dimostrata sbagliata in quanto, dopo poco più di 10 anni, era inferiore di almeno un milione e duecentomila unità rispetto a quanto era stato previsto in precedenza¹.

Un recente lavoro sui dati dello studio longitudinale di Framingham iniziato nel 1948, dimostra che la prevalenza della disabilità nella generazione dei figli, invecchiati e di pari età rispetto alla generazione dei genitori inseriti nello studio all'inizio, si riduce in modo molto significativo dal 50% al 35%². Gli Autori attribuiscono tale riduzione prima di tutto alla diminuita prevalenza delle patologie cronic-degenerative e disabilitanti. Ad esempio, la prevalenza delle malattie cardiovascolari era nei maschi del 19,9% nella generazione iniziale e del 13,7% in quella dei figli, l'ipertensione del 58% contro il 50,5 e così via, tanto che alla fine la prevalenza del totale delle patologie croniche era del 73,6% nella generazione dei genitori contro il 68,9% di quella dei figli nei maschi e, rispettivamente, del 76,8% contro il 67,9 nelle femmine. Questo studio di Framingham collega in modo chiaro lo stato di salute, con gli stili di vita e la condizione socio-economica. Nella generazione dei genitori vi era, infatti, un livello di istru-

¹ Manton K.G. e Coll. Proc. Natl. Acad. Sci - USA, 1997, 94, 2593-98

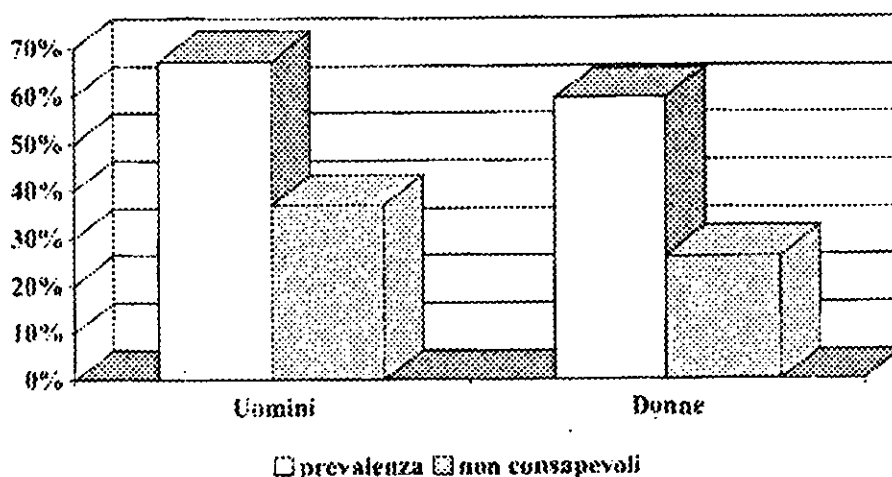
² Allaire S.H. e Coll. Am. J. Public Health 1999, 89, 1678-83

zione inferiore e, nella stessa, la percentuale di fumatori e di forti consumatori di alcool era significativamente maggiore.

Nel nostro Paese, dove mancano studi longitudinali di così lunga durata la situazione non dovrebbe essere, tuttavia, sostanzialmente diversa. Infatti anche nella popolazione italiana si è verificata, come si è già sottolineato, una cospicua riduzione della mortalità cardiovascolare - del 40% dal 1970 al 1990 -, spiegabile per almeno i due terzi con la diminuita incidenza dei principali fattori di rischio, come il fumo, l'ipertensione e l'obesità. Inoltre anche nel campione di popolazione italiana dello studio ILSA, oltre che in tutte le indagini ISTAT, si evidenzia una stretta correlazione tra condizione socio-economica e stato di salute. Ad esempio, è stato visto che il livello di scolarità così come il tipo di occupazione sono fortemente associati con il grado di disabilità, e che gli indicatori socio-economici hanno un'influenza secondaria sulla mortalità, rispetto all'effetto primario sulla disabilità stessa.

Da uno studio inglese, ad esempio, si possono trarre conclusioni particolarmente significative: il diverso livello socio-economico non solo condiziona pesantemente sia l'aspettativa di vita che progressivamente si riduce nelle classi sociali più basse e invece, è in continuo miglioramento in quelle più elevate - ma anche influenza la spesa sanitaria. Il tasso di erogazione di qualsiasi prestazione sanitaria presa in considerazione risultava essere superiore nelle classi sociali più basse evidentemente per un loro peggiore stato di salute.

Fig. 1.9. - Percentuale di ultrasessantacinquenni affetti da ipertensione arteriosa, per sesso e grado di consapevolezza.



1.2.3. Confronto tra l'indagine Istat e l'indagine ILSA

Come già precedentemente sottolineato le due indagini partono da presupposti, finalità e metodologie diverse e, pertanto, non sempre è possibile e corretto mettere a confronto i risultati ottenuti. La più importante differenza risiede nel fatto, già ricordato, che i dati Istat si basano su valutazioni e conoscenze soggettive, mentre i dati ILSA su valutazioni oggettive. Il diverso criterio di rilevazione risente dunque di numerosi fattori, tra cui gioca un ruolo di primo piano l'influenza che la percezione della propria salute - intesa come sintesi delle sensazioni psicofisiche, sociali, culturali e affettive di ciascun individuo - determina sul benessere della persona anziana.

¹Smith R., Brit. Med. J. 1997, 314, 9-17

Questa circostanza, unita alla eventuale mancata conoscenza o alla mancata diagnosi di una malattia già in atto, spiega in generale la minore presenza di malattie croniche riscontrata nell'indagine Istat rispetto a quella ILSA. Infatti, le patologie caratterizzate da assenza di sintomatologia, rilevabili con precisione solo mediante controllo medico, (come ad esempio l'ipertensione, che nell'indagine Istat, pur occupando i primi posti della graduatoria delle malattie croniche, appare notevolmente sottostimata rispetto a quanto rilevato dall'indagine ILSA), non necessariamente comportano un peggioramento dello stato della salute percepita. Rispetto alla graduatoria delle patologie più diffuse, non si segnalano significative divergenze tra i dati Istat e quelli ILSA.

Anche la presenza di disabilità appare di gran lunga sottostimata qualora si faccia riferimento a quanto dichiarato dal diretto interessato, piuttosto alla rilevazione oggettiva effettuata dal medico: gli anziani con meno di ottantanni dichiarano nell'indagine Istat di non essere disabili in proporzioni superiori o prossime all'80% contro valori di gran lunga inferiori riscontrabili nell'indagine ILSA (figura 1.4 e 1.8). Solo per gli ultraottantenni il divario si riduce. D'altra parte, le classificazioni adottate nelle due indagini sono simili ma non uguali. Inoltre, le differenze possono risentire di un atteggiamento psicologico ben preciso che si manifesta nella possibile difficoltà che una persona disabile incontra nel riconoscere e dichiarare la propria invalidità.

Tuttavia, nonostante le divergenze segnalate, i risultati ottenuti con le due indagini sono entrambi molto importanti. L'indagine ILSA è necessaria per conoscere, su un campione seguito, livelli e dinamiche dell'incidenza e della prevalenza di malattie croniche e di disabilità. L'indagine Istat è necessaria perché, con l'accertare la salute percepita, consente di avere una valutazione della salute considerata non solo sotto il profilo sanitario, ma anche sotto quello sociale nel contesto familiare in cui l'individuo si trova a vivere; a causa del larghissimo campione di persone intervistate l'indagine consente, per di più, di avere una conoscenza dei fenomeni investigati anche a livello regionale.

1.3. ANALISI TERRITORIALE DELLE CONDIZIONI DI SALUTE E CONTESTO SOCIO-ECONOMICO

L'analisi territoriale delle condizioni di salute condotta a livello di grandi ripartizioni (tabella 1.7) evidenzia sensibili differenze per le variabili prese in esame, confermando l'influenza che i fattori ambientali — intesi in senso lato — esercitano sugli aspetti sanitari.

Il diverso clima, la differente configurazione socioeconomica e culturale, le differenze nel livello di inquinamento delle ripartizioni territoriali del nostro Paese e anche le diverse abitudini alimentari, il consumo di tabacco e di alcool, definiscono stili di vita che sembrano riproporre, anche in termini di salute e di morbosità, difficili e problematici dualismi territoriali. Nell'Italia settentrionale si riscontra generalmente, per gli ultrasessantenni, la migliore situazione dal punto di vista delle condizioni di salute, con una posizione di lieve vantaggio ora per l'area nordoccidentale, ora per quella nordorientale. Decisamente svantaggiati risultano, invece, gli anziani e i vecchi residenti nell'Italia insulare, per cui si registrano le più elevate percentuali di anziani in non buono stato di salute, di malati cronici e di disabili, seguiti da quelli dell'Italia centrale. Intermedia la posizione dell'Italia meridionale.

Appare in generale difficile spiegare le cause delle differenze territoriali riscontrate nei livelli di morbosità, che solo parzialmente si collegano a quelle che si riscontrano nei livelli di mortalità, le quali permangono ormai da decenni e non sembrano aver trovato un'unanime e valida spiegazione.

Tab. 1.7. - Popolazione totale, anziana e vecchia in non buona salute e con almeno una malattia cronica o almeno una disabilità. Italia e ripartizioni geografiche. Valori percentuali, 1994

Ripartizioni geografiche	Persone in non buona salute			Presenza di malattie croniche			Presenza di disabilità		
	Totale	Pop. 60-79	Pop. 80+	Totale	Pop. 60-79	Pop. 80+	Totale	Pop. 60-79	Pop. 80+
Nord-Ovest	7,2	20,1	43,7	33,5	67,2	76,2	4,2	10,0	46,5
Nord-Est	7,7	21,8	39,3	35,7	72,9	83,6	4,0	9,0	41,7
Centro	8,5	24,8	48,1	36,7	75,2	81,8	5,2	11,1	48,8
Sud	7,0	22,7	47,4	30,1	77,5	92,2	5,0	13,3	46,3
Isole	8,0	28,1	51,3	32,4	80,7	92,4	5,5	15,4	57,7
Totale	7,6	22,8	45,1	33,5	73,5	83,8	5,0	11,3	47,1

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat

Da segnalare e da sottolineare l'influenza dei fattori socio-economici sulle condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anche le indagini Istat, come quella ILSA, mettono in luce come livello d'istruzione, risorse economiche, tipologia familiare, influiscono sensibilmente sullo stato di salute e sulla presenza di malattie croniche e di disabilità: il quadro patologico più critico si ritrova per gli anziani meno istruiti, che vivono in solitudine, che dispongono di minori risorse economiche e che svolgono attività lavorative meno qualificanti.

Infatti, le persone più istruite manifestano la percezione di un migliore stato di salute e una minore prevalenza di malattie cronico-degenerative e di disabilità rispetto a quelle con una più bassa scolarità, con differenze notevolissime. In particolare, gli anziani senza alcun titolo di studio risultano i più svantaggiati, con la minore percentuale di persone che dichiarano di star bene (12,5%) e la maggiore percentuale, invece, di persone affette da cronicità (89,9%) o disabilità (27,8%; quest'ultimo valore per i laureati e diplomati risulta pari a soltanto 8,5). Interessante osservare che il forte potere discriminante della variabile "livello di istruzione" si ripropone anche tra gli ultraottantenni, anche se tutti i dislivelli tendono ad attenuarsi (figura 1.10).

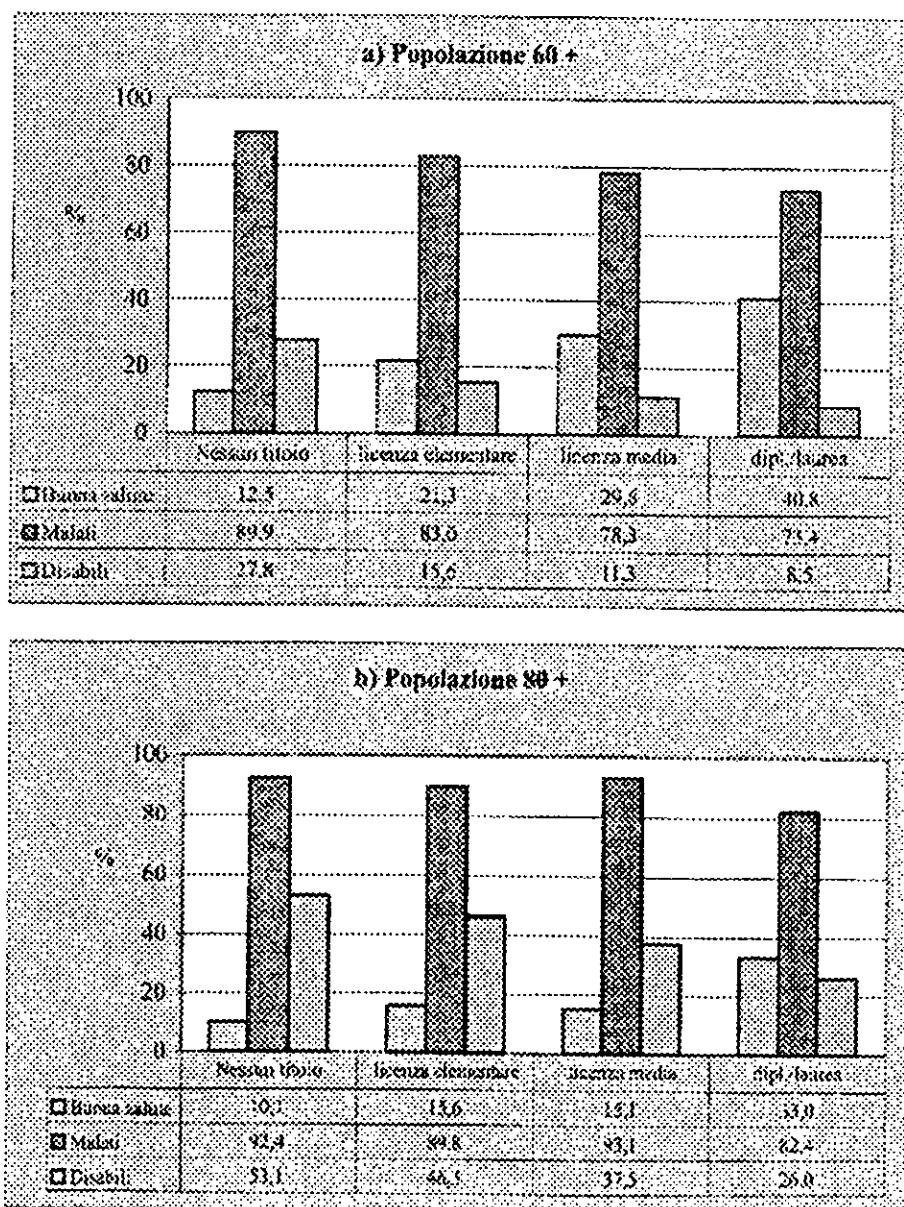
Queste differenze sottolineano anche in Italia, come in tutto il resto del mondo, l'importanza della variabile istruzione che potrebbe in prospettiva parzialmente controbilanciare l'invecchiamento della popolazione lasciando sperare in aumenti più contenuti sia di malati cronici che di disabili, dato il maggior livello di istruzione che caratterizza via via le generazioni più giovani.

Anche la tipologia familiare influisce - seppure in maniera meno rilevante rispetto al livello di istruzione - sulle condizioni di salute della popolazione anziana e vecchia. Risultano, infatti, svantaggiati gli ultrasessantenni che vivono soli presentando la più bassa percentuale di coloro che dichiarano di sentirsi bene (19,1%) e la più elevata presenza di malattie croniche (85,8%). Penalizzati anche gli anziani che, come genitore, vivono in famiglie monogenitore, mentre la situazione migliore si ritrova fra gli anziani che vivono in coppia con i figli, seguiti da coloro che vivono in famiglie con due o più nuclei (il che quasi sempre vuol dire insieme con la famiglia dei figli) (figura 1.11).

Tra gli ultraottantenni, sono coloro che vivono in coppia senza figli o in nuclei formati da parenti, amici e conoscenti (identificati con la modalità "Altro") a presentare la situazione migliore, mentre la percezione del proprio stato di salute peggiora notevolmente per i vecchi che vivono con i figli o in coppia o come unico genitore. Sono in particolare questi ultimi (per la maggior parte si tratta di donne) a presentare una elevatissima prevalenza di disabilità: si può quindi molto ragionevolmente presumere che proprio perché disabili si trovano più frequentemente a vivere con un figlio o una figlia.

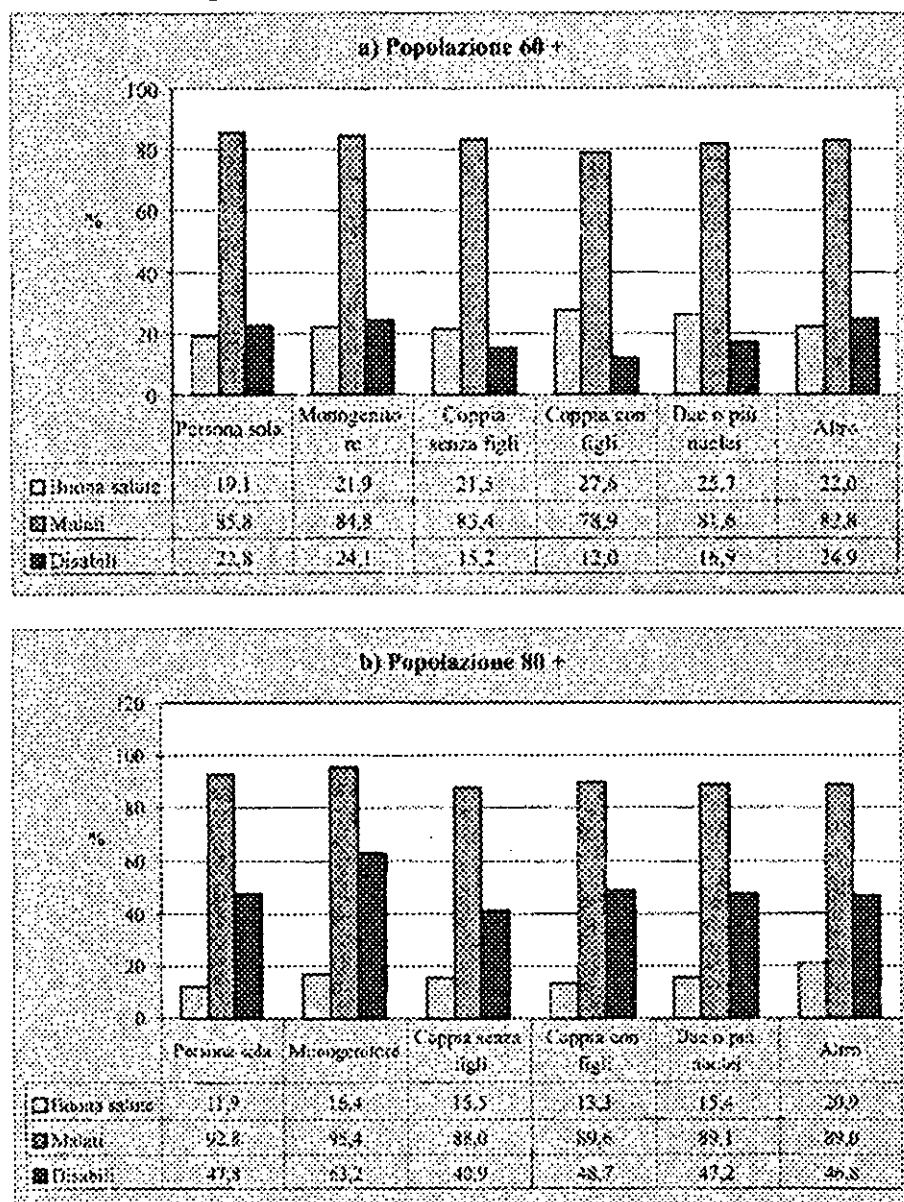
Con l'avanzare dell'età aumenta, dunque, il bisogno di assistenza che, se per molto tempo si è basata sulla rete di supporto informale, sostenuta e delegata interamente ai figli, nella situazione attuale, ma soprattutto in prospettiva, rischia di entrare notevolmente in crisi, da un lato perché in generale stanno venendo meno le condizioni che nel passato consentivano ai figli di dedicarsi con ancora grande impegno alla cura dei propri genitori e dall'altro perché, come è stato già rilevato, non si avrà più un numero sufficiente di figli per prendersi cura di affollatissime leve di genitori. Bisogna quindi cominciare a pensare a tutta una politica che favorisca, fra l'altro, l'aggregazione degli anziani in nuove e diverse "famiglie" (composte di due o più anziani che si mettono a vivere insieme in uno stesso appartamento) o in mini comunità.

Fig. 1.10. - **Prevalenza di persone in buona salute, con almeno una malattia cronica o disabilità secondo il livello di istruzione. Popolazione con 60 anni e più, 1994**



Fonte: elaborazioni proprie su dati ISTAT, 1994

Fig. 1.11. - Prevalenza di persone in buona salute, con almeno una malattia cronica o disabilità secondo la tipologia familiare. Popolazione con 60 anni e più, 1994



Fonte: cfr. figura 1.10

1.4. STATO DI SALUTE E RICORSO AI SERVIZI SANITARI

Come precedentemente evidenziato, la presenza di alterazioni tangibili del benessere fisico, quali possono essere considerate le malattie croniche e la disabilità, si ripercuote profondamente sulle condizioni di salute intese in senso soggettivo. La situazione prospettata non può, dunque, non influire sulla domanda di servizi sanitari ed assistenziali su cui, solitamente, esercita un forte peso l'autopercezione che si ha della malattia, espressa dalla valutazione del proprio stato di salute (tabella 1.8). Questa affermazione trova conferma nel fatto che nel fare ricorso a visite generiche, specialistiche e ad accertamenti dia-

gnostici influisce molto il "come ci si sente", qualche volta di più rispetto alla presenza o meno di patologie e di disabilità, come risulta chiaramente dalla tabella 1.9.

Tab. 1.8. - **Ricorso ad alcuni servizi sanitari in base allo stato di salute percepito^(a) e alla presenza di malattie croniche o di disabilità. Popolazione per sesso e per classe di età. Frequenze (per 100 persone della stessa età e sesso), 1994.**

Età	Salute				Presenza di malattie croniche				Presenza di disabilità				Presenza in condizioni di salute e malattia			
	Buona		Non buona		Sì		No		Sì		No		M		F	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Visite generiche																
0-19	6,3	7,2	25,5	41,7	14,0	19,4	6,4	7,0	12,0	10,2	7,2	8,3	32,9	55,2		
20-59	7,1	8,0	32,7	37,9	18,3	22,0	6,6	8,6	24,7	38,5	10,5	13,6	33,9	39,2		
60-64	9,2	11,1	41,4	41,6	27,1	28,1	5,9	12,6	42,7	51,0	20,0	22,7	42,6	42,7		
65-69	13,5	12,9	35,5	38,9	29,3	32,2	6,9	7,9	27,3	38,3	24,5	27,2	36,6	40,2		
70-74	11,8	14,7	46,3	43,3	34,1	33,8	10,6	14,5	38,5	41,5	28,5	28,0	46,6	43,1		
75-79	15,4	21,3	48,3	47,1	39,1	40,8	15,4	12,4	46,8	49,1	33,4	33,6	48,9	48,6		
80 +	15,0	13,9	50,7	49,1	42,0	40,2	20,3	5,7	48,2	40,9	34,4	33,1	50,7	49,3		
Totale	7,2	8,2	40,3	42,1	23,8	27,4	6,7	8,3	35,4	40,3	12,3	15,3	41,6	43,2		
Visite specialistiche																
0-19	6,8	7,7	32,6	56,5	16,4	21,6	6,6	7,6	11,3	4,3	7,6	9,2	59,1	63,7		
20-59	7,4	11,6	33,9	36,0	16,4	21,6	6,9	12,1	21,1	31,6	10,1	15,7	33,8	37,3		
60-64	9,7	7,1	31,0	36,5	19,3	22,0	8,3	8,5	34,9	35,1	15,1	17,7	30,3	36,4		
65-69	8,1	8,8	33,5	34,6	23,4	21,6	7,5	11,3	35,2	33,1	18,8	18,5	33,8	33,6		
70-74	9,6	10,6	40,2	31,3	26,0	21,6	9,8	6,7	33,7	31,5	21,5	17,6	40,2	31,5		
75-79	6,2	8,2	35,8	30,8	25,7	20,4	2,2	7,1	33,9	35,1	19,9	13,4	36,3	31,8		
80 +	5,9	5,7	26,7	23,3	20,5	18,9	1,4	6,6	23,6	19,1	15,4	16,4	26,8	23,6		
Totale	7,3	10,1	33,5	33,0	18,9	21,3	6,8	10,4	26,3	35,9	10,8	14,6	33,9	33,9		
Accertamenti diagnostici																
0-19	2,3	2,6	18,1	30,8	7,5	9,2	2,4	3,0	4,4	1,7	3,0	3,7	32,8	36,1		
20-59	4,5	6,6	21,0	23,1	9,9	12,2	4,5	7,2	10,5	16,3	6,3	9,1	21,4	22,4		
60-64	7,5	5,5	24,6	25,4	15,9	17,2	5,8	6,9	22,5	21,5	12,5	14,3	24,7	26,1		
65-69	9,0	7,2	27,7	25,8	19,4	16,8	6,9	10,0	30,9	27,4	15,6	14,5	28,4	25,1		
70-74	8,0	6,2	26,1	20,4	20,8	16,3	7,4	5,9	23,1	22,1	17,6	13,8	26,2	20,1		
75-79	3,6	9,4	27,9	23,3	17,5	16,4	5,4	10,1	32,4	18,0	11,6	14,9	28,2	22,3		
80 +	7,0	4,1	22,5	18,4	16,2	13,1	2,0	3,5	19,7	14,6	11,6	9,7	22,6	18,3		
Totale	4,1	5,3	23,9	22,7	13,0	13,7	3,9	8,8	19,5	17,3	6,9	8,9	24,6	22,3		

^(a) Per "Buona salute" si intende le persone che hanno dichiarato di sentirsi "Bene" o "Molto bene" e per "Non buona salute" coloro che hanno dichiarato di sentirsi "Male" o "Molto male".

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat, 1994

Ad esempio il 6% dei maschi di età compresa tra i 60 e i 64 anni che dichiarano di non essere affetti da malattie croniche e di godere di buona salute ha effettuato visite specialistiche nell'ultimo mese precedente all'indagine. Questo è il gruppo che fa il minor ricorso a visite specialistiche e può dunque essere assunto come base di riferimento. Se si considera la fruizione di visite specialistiche da parte di coloro che, appartenendo alla stessa fascia di età, dichiarano di essere affetti da almeno una malattia cronica ma di godere di buona salute, questa appare doppia a quella del gruppo precedente e pari al 13,9%, sottolineando in effetti un maggior ricorso ai servizi sanitari da parte di chi è affetto da una

qualche patologia. Ma tale ricorso subisce un notevole e straordinario incremento se si considerano gli anziani che pur non essendo colpiti da malattie croniche accusano un non buono stato di salute: in questo caso le visite specialistiche ammontano al 50%, cioè 8 volte superiore al numero di visite specialistiche del gruppo a minimo rischio. Risultati simili si ottengono anche per la classe di età 70-74 anni e per il sesso femminile. Si ritrovano sostanzialmente anche quando si prendano in considerazione gli accertamenti diagnostici.

In generale si può dire che proprio chi dichiara di *non sentirsi bene e di non avere malattie croniche* fa il maggior ricorso alle prestazioni più costose, e cioè a visite specialistiche e ad accertamenti diagnostici. Si può immaginare che si tratti in qualche misura di ipocondriaci, che hanno una preoccupazione morbosa per la salute del proprio corpo; ma con ben maggiore probabilità si tratterà di persone che proprio per il non sentirsi bene, senza che sia stata ancora evidenziata alcuna patologia, stanno facendo accertamenti diagnostici con maggiore intensità e frequenza.

Resta comunque il fatto che fra le persone anziane o molto anziane la *salute percepita come non buona* è il predittore più attendibile di un maggior ricorso ai servizi sanitari. E' proprio indirizzandosi a queste persone che si può fare una importante opera di informazione e di prevenzione, anche mediante la sensibilizzazione dei medici di base. E ciò è tanto più facile tenendo conto della altissima frequenza con cui le persone anziane fanno ricorso al medico di famiglia e della disponibilità o della abitudine ad assumere farmaci (tabelle 1.10 e 1.11).

Tab. 1.9. - **Visite generiche, visite specialistiche, accertamenti diagnostici effettuati dalla popolazione di 60-64 e 70-74 anni secondo la salute percepita e la presenza di malattie croniche, per genere, 1994**

Classi di età	Percezione della salute	Presenza di malattie croniche					
		Maschi			Femmine		
		Sì	No		Sì	No	
Visite generiche							
60-64	Buona salute	15,6 (4,0)	3,9 (1,0)		12,6 (1,3)	9,7 (1,0)	
	Non buona salute	42,6 (10,9)	11,2 (2,9)		42,7 (4,4)	22,2 (2,3)	
70-74	Buona salute	17,4 (2,8)	6,1 (1,0)		15,9 (1,2)	12,8 (1,0)	
	Non buona salute	46,6 (7,6)	36,9 (6,1)		43,1 (3,4)	75,5 (5,9)	
Visite specialistiche							
60-64	Buona salute	13,9 (2,2)	6,3 (1,0)		8,2 (1,4)	6,0 (1,0)	
	Non buona salute	30,3 (4,8)	50,0 (7,9)		36,4 (6,1)	38,4 (6,4)	
70-74	Buona salute	15,8 (4,8)	3,3 (1,0)		14,6 (3,2)	4,6 (1,0)	
	Non buona salute	40,2 (12,2)	41,1 (12,5)		31,3 (6,8)	0,0 (0)	
Accertamenti diagnostici							
60-64	Buona salute	10,2 (1,9)	5,3 (1,0)		5,9 (1,2)	5,1 (1,0)	
	Non buona salute	24,7 (4,7)	23,5 (4,4)		26,1 (5,1)	13,3 (2,6)	
70-74	Buona salute	12,5 (3,8)	3,3 (1,0)		8,2 (2,6)	3,2 (1,0)	
	Non buona salute	26,2 (7,9)	25,4 (7,7)		20,1 (6,3)	75,5 (23,3)	

Il dato riportato tra parentesi è ottenuto effettuando il rapporto tra il valore posto alla sinistra della parentesi con il corrispondente dato relativo al gruppo di riferimento (ovvero dal gruppo a minore rischio).

Fonte: elaborazioni dati Istat, 1996

Tab. 1.10. - Persone che sono ricorse al medico di famiglia per classi di età e sesso (per 100 persone della stessa età e sesso), 1998.

	Popolazione di 65 anni e più		Totale
	Maschi	Femmine	
Sempre o spesso	87,7	89,1	88,6
Qualche volta	10,3	9,1	9,6
Mai	1,6	1,3	1,4
Non indicato	0,4	0,5	0,4

Fonte: cfr. tabella 1.1

Tab. 1.11. - Popolazione secondo il consumo di farmaci negli ultimi due giorni precedenti l'intervista, per fonte di prescrizione, modalità di acquisto, classi di età e sesso (per 100 persone della stessa età e sesso), 1998.

	Popolazione di 65 anni e più		Totale
	Maschi	Femmine	
Consumo di farmaci	65,4	70,1	68,2
Prescritti dal medico	96,0	96,8	96,5
Consigliati da altra persona	1,7	0,5	1,0
Iniziativa propria o dei genitori	1,6	1,9	1,7
Acquistati a prezzo intero	23,8	26,7	25,6
Ticket	42,0	40,1	40,9
Esenzione	15,4	16,2	15,9

Fonte: cfr. tabella 1.1

In questo contesto è necessario sottolineare che le discordanze riscontrate tra salute percepita e presenza o meno di malattie e/o disabilità dipendono anche dalle modalità e dalle caratteristiche delle indagini sulla salute, effettuate tramite questionario e intervista. Infatti il "livello" di malattia è condizionato, nella sua rilevazione, da tre aspetti fondamentali: la tecnica e il periodo di rilevazione; il grado di conoscenza delle malattie da parte dell'intervistato; l'eventuale diagnosi effettuata dal medico, oltre all'atteggiamento che la persona assume nei confronti della malattia da cui è affetto e alla disponibilità a dichiararne la presenza. Considerando, pertanto, tutte le possibili risposte di una persona alla domanda se sia affetta o meno da una certa malattia cronica, in funzione della reale esistenza della malattia, della eventuale diagnosi, della *corretta* conoscenza da parte dell'intervistato e del suo atteggiamento si rileva che le distorsioni presenti in questo tipo di indagine sono inevitabili, perché legate ad aspetti strutturali dell'indagine stessa e, come tali, insuperabili. Questa considerazione invita a valutare con molta cautela la relazione tra una specifica malattia e la salute percepita. Se poi si tiene conto del fatto che quest'ultima non è valutata tenendo in considerazione solo la presenza di malattie e/o disabilità, ma è frutto della sintesi che ciascuno di noi effettua di molte componenti della sua vita individuale e relazionale - e per questo è espressione conscia o inconscia delle possibili alterazioni delle condizioni fisiche, emotivo-psicologiche e cognitive - si comprende bene la grande importanza del "come ci si sente". Ciò rende plausibile, è bene ribadirlo, attribuire all'autopercezione dello stato di

salute una valenza predittiva nel ricorso ad alcuni servizi sanitari e socio-assistenziali, oltre ad essere considerata anche un buon predittore di mortalità.

Per questo motivo, il legame tra salute e malattia dovrebbe essere affrontato secondo una visione "interna", così come viene suggerito dall'antropologia, e non solo secondo la visione "esterna" - come solitamente avviene - troppo ancorata quest'ultima ad una concezione prettamente economica, largamente scollegata dal dolore e dalla sofferenza che, espresse dall'autopercezione, rappresentano una caratteristica premimente della malattia. Se si sente dolore, allora si ha dolore e se non si sente dolore, nessun osservatore esterno può opporsi all'assunto che non si abbia dolore. Nessuna statistica e nessuna valutazione scientifica è in grado di fornire una comprensione della cattiva salute più adeguata di quanto possa fare la percezione del dolore e proprio per tale motivo risulta fondamentale l'intervento di altre figure - quali quella dello psicologo, del sociologo, dell'antropologo - che, in collaborazione con l'economista ed il politico, possono consentire una comprensione adeguata e completa del profondo legame esistente tra salute e malattia. E questa visione olistica della persona e della sua salute diventa tanto più importante quanto più aumenta la cultura delle persone e la massa di informazioni che essa riceve.

Tuttavia così come la visione esterna della salute e della malattia anche la percezione puramente interna presenta dei limiti: solo l'integrazione tra questi due aspetti può portare a risultati di rilievo.

E sempre in quest'ottica, occorre poi fare un altro sforzo legato alla necessità di superare il qualche volta eccessivo ed esasperato approccio specialistico che tende a frazionare l'individuo nelle sue singole parti, perdendo la visione d'insieme del paziente e la complessità del suo fisico e della sua psiche e delle loro interazioni dinamiche. Questo modo di procedere non sempre permette al medico di relazionarsi con il paziente, specie se anziano o vecchio. Nasce, così, la necessità per il paziente di essere più informato, e per questo meno sprovveduto, e di potersi avvalere anche delle nuove tecnologie per avere risposte più precise sulle proprie malattie.

Ammontano già a 22 milioni* circa i pazienti che negli Stati Uniti rimpiazzano o controllano il medico di famiglia on line, con un'analoga tendenza anche nel nostro Paese (Indagine Media Metrix, 1997).

Comunque tutti gli strumenti di telemedicina potrebbero giocare un ruolo particolarmente importante nella assistenza sociale, e anche sanitaria, del crescente numero di anziani e vecchi residenti nei piccoli e piccolissimi comuni di alta collina e montagna. Si tratta di comuni disseminati su territori amplissimi con popolazione fino a 1000 abitanti dove già adesso il 35-40% della popolazione ha più di sessanta anni e questa proporzione è destinata a salire sensibilmente nei prossimi anni. Non è possibile insediare in ogni singolo piccolissimo comune centri di assistenza e cura; si può pensare a comprensori di comuni nei quali tali centri siano centralizzati e ad essi si possa accedere in maniera telematica da ogni singola abitazione.

1.5. LA MORTALITA' DEGLI ANZIANI

L'analisi della mortalità, mettendo a fuoco le patologie prevalenti che conducono a morte, consente di avere informazioni di particolare interesse per l'impostazione di una politica socio-sanitaria di cura e di prevenzione e anche di sostegno alle famiglie.

* Entro il Duemila, secondo le previsioni, nei soli Stati Uniti saranno i 33 milioni e mezzo gli utenti che si rivolgeranno alla Rete per saperne di più su

cure e patologie, favorendo una tendenza che sta cominciando a far sentire il suo peso su tutta l'industria sanitaria

Non solo ma, tenendo anche conto di alcune poche cifre di straordinaria importanza, pure per la formazione dei medici e del personale infermieristico e per l'impostazione della logistica e delle strutture ospedaliere e delle altre strutture di cura: gli ultrasessantenni sono (1994) il 19% del totale degli uomini, ma danno luogo all'82% dei morti; le ultrasessantenni sono il 25% del totale delle donne, ma danno luogo al 91% delle morti (in particolare fra le donne, le ultraottantenni sono il 5% del totale, ma danno luogo al 57% delle morti).

Differenze fortissime di mortalità permangono fra uomini e donne. Negli ultrasessantenni la mortalità standardizzata maschile supera quella femminile di ben il 61%; se i maschi in vita nel 1994 in Italia, caratterizzati da una struttura per età relativamente giovane, avessero potuto giovare del rischio di morte nella stessa misura con cui che ha colpito le donne, in quell'anno, si sarebbero avuti *oltre 115 mila morti in meno di sesso maschile*. Anche se buona parte di questo larghissimo svantaggio maschile è di natura bio-fisiologica, una certa parte è legata agli stili di vita e alla prevenzione, campi in cui è certamente auspicabile una più decisa politica di educazione.

Elementi di grande importanza emergono dai dati della figura 1.12 e dalla tabella 1.12:

1) la prima causa di morte in ordine di importanza è costituita dalle *malattie del sistema circolatorio*, che conducono a morte circa il 43% degli uomini e il 52% delle donne. Nell'ambito di tali malattie il primo posto è occupato per gli uomini dalle malattie ischemiche del cuore (in specie per quelli di età dai 60 ai 69 anni) e per le donne dai disturbi circolatori dell'encefalo (in specie per quelle di età dai 75 agli 89 anni). Non si può non pensare alla opportunità di razionalizzazione delle strutture socio-sanitarie, di campagne di informazione e di prevenzione mirate e diffuse e di strategie regionalmente differenziate dal momento che:

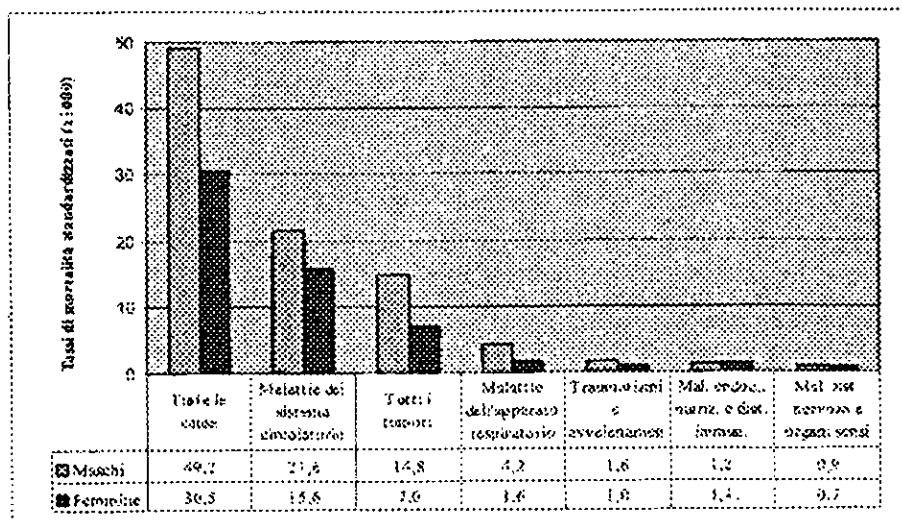
- fra il 1971-73 e il 1989-91 si sono già registrati forti riduzioni nella mortalità, tanto fra le persone di 55-74 anni quanto fra quelle di 75 anni e più e ulteriori guadagni sembrano possibili, attraverso il miglioramento delle terapie in fase acuta, un più diffuso accertamento e il miglior controllo farmacologico della ipertensione arteriosa, la diminuzione della prevalenza del fumo e la diffusione nella popolazione di stili di vita più salutari;
- si tratta di affezioni gravi associate ad alta letalità e invalidità permanente e completa (che colpiscono in prevalenza proprio le persone anziane);
- vi è una fortissima differenza di mortalità fra maschi e femmine, avendo i primi una mortalità standardizzata che è superiore del 38% a quella delle seconde;
- permangono, sebbene si siano ridotti nel tempo, consistenti differenze regionali. Fra i maschi di 75 anni e più si osservava (1989-91) un tasso standardizzato di mortalità pari a 48,1 per mille in Sardegna e di 59,6 in Campania e in Sicilia; fra le donne della stessa età un tasso del 41,0 in Trentino-Alto Adige e in Emilia-Romagna e del 59,0 in Campania.

2) la seconda causa di morte in ordine di importanza è costituita dai *tumori*, che conducono a morte circa il 32% degli uomini e circa il 22% delle donne. Nell'ambito di tali patologie il primo posto è occupato per gli uomini dai tumori maligni dell'apparato digerente e dell'apparato respiratorio (in specie per quelli di età dai 65 ai 74 anni) e per le donne in particolare dai tumori maligni dell'apparato digerente e in secondo luogo, a molta distanza, dai tumori maligni della mammella (in specie per quelle di età dai 75 in poi per i primi e dai 60 ai 69 anni per i secondi). Anche per queste patologie non si può non pensare alla opportunità di razionalizzazione delle

strutture socio-sanitarie, di campagne di informazione e di prevenzione mirate e diffuse e di strategie regionalmente differenziate dal momento che:

- fra il 1971-73 e il 1989-91 si evidenzia un andamento di aumento prima e di stabilizzazione dopo del rischio di morire per tumore tanto nei giovani anziani, dai 55 ai 74 anni, sia nei vecchi dai 75 anni in poi. L'andamento è marcato per i maschi, e si risolve quindi in un incremento complessivo, mentre lo è molto meno per le femmine, e si risolve quindi in una sostanziale stabilità. Gli andamenti sono coerenti anche con alcuni fenomeni esogeni come il fumo delle sigarette, massimo nei nati all'inizio degli anni '20 e poi in diminuzione, o come l'aumento dell'esposizione della cute ai raggi solari, che con ogni probabilità ha provocato un fortissimo aumento dei melanomi maligni;
- si ha un sempre maggiore successo terapeutico nel trattamento dei tumori maligni, sicché aumenta la sopravvivenza di tutti i malati oncologici e va quindi aumentando la durata media della malattia. Pertanto la discesa della mortalità, ove si è verificata, è più forte della riduzione della incidenza dei tumori maligni. Queste circostanze hanno un impatto di tutto rilievo sulla condizione psico-fisica dei malati di tumore maligno e dei loro familiari, oltre che sulla domanda di assistenza e cura;
- vi è una differenza di mortalità fra maschi e femmine eccezionalmente forte: i primi hanno una mortalità standardizzata che è superiore del 111% a quella delle seconde. Fra le persone di età compresa fra 60 e 69 anni si sono avuti 27 mila morti di tumore fra i maschi e 13 mila fra le femmine;
- permangono, sebbene si siano un po' ridotti nel tempo, assai consistenti differenze regionali. Fra i maschi di 75 anni e più si osservava (1989-91) un tasso standardizzato di mortalità pari a 14,5 per mille in Basilicata e di 28,2 in Lombardia; fra le donne della stessa età un tasso del 7,5 in Calabria e del 14,0 in Lombardia. La peggiore situazione rilevata in alcune regioni settentrionali viene spesso collegata alla maggiore diffusione di patologie ad elevata letalità, positivamente correlate con il grado di industrializzazione e di ricchezza delle aree geografiche.

Fig. 1.12. - **Tassi di mortalità standardizzati (per 1.000) per sesso nella popolazione di 60 anni e più, 1994.**



* La popolazione impiegata per la standardizzazione è quella totale italiana (maschi e femmine) dell'anno 1994.

Fonte: Istat, RILEVAZIONE DELLE CAUSE DI MORTE, anno 1994

Tab. 1.12. — **Decessi (valori assoluti) nella popolazione ultrasessantenne residente, per classi di età, sesso e principali gruppi di cause di decesso e peso (valori percentuali) di alcuni sottogruppi di cause sul gruppo principale. Italia 1994.**

CAUSE DI DECESSO		MASCHE						Totale
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 >	
Tutte le cause	23.640	34.306	42.402	36.203	50.032	32.324	16.090	234.997
Malattie del sistema circolatorio	7.304	11.388	15.736	15.318	24.110	17.012	9.219	100.087
Malattie ischemiche del cuore	51,0	47,3	43,3	36,4	30,6	25,2	21,4	35,1
Disturbi circolatori dell'encefalo	19,0	21,7	24,8	29,5	32,8	33,7	28,2	28,5
Malattie del circolo polmonare ed altre malattie del cuore	18,4	18,7	19,1	20,4	22,7	26,7	34,0	22,7
Altre malattie del sistema circolatorio	5,9	6,5	6,9	7,1	7,4	8,0	10,8	7,5
Malattia ipertensiva	4,7	5,1	5,3	6,1	6,3	6,2	5,6	5,8
Tutti i Tumori	11.113	15.410	16.720	11.685	12.451	5.981	1.877	75.157
Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo	33,3	33,7	34,4	35,4	35,9	35,8	37,3	34,7
Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi infratoracici	39,5	38,6	34,7	29,2	22,6	18,5	13,9	31,5
Tumori maligni degli organi genitourinari	9,4	11,4	14,8	19,0	23,9	28,9	29,2	17,0
Tumori maligni dei tessuti linfatico ed ematopoietico	6,0	5,7	6,1	6,9	7,3	6,6	7,1	6,4
Malattie dell'apparato respiratorio	904	1.829	2.917	3.297	4.994	3.548	1.883	19.372
Malattie croniche dell'apparato respiratorio	61,0	65,9	66,6	70,1	67,6	64,3	55,2	65,6
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutriz. e del metab. e disturbi immunit.	638	937	1.106	1.000	1.252	712	230	5.875
Diabete Mellito	83,5	89,0	92,3	92,5	93,2	92,8	86,5	90,9
Cause esterne dei traumatismi ed avvelenamenti	1.003	1.150	1.216	1.040	1.475	1.020	538	7.442
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	317	470	732	759	1.054	548	220	4.100

XIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

	FEMMINE							Totale
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 >	
Tutte le cause	11.542	18.283	29.418	32.157	57.654	54.405	41.191	244.650
Malattie del sistema circolatorio	3.017	5.950	11.661	15.676	31.995	33.012	26.136	127.447
Malattie ischemiche del cuore	33,8	34,7	33,1	29,1	26,2	22,6	18,5	25,2
Disturbi circolatori dell'encefalo	27,4	28,7	31,2	34,8	35,2	34,7	30,1	33,1
Malattie del circolo polmonare ed altre malattie del cuore	22,2	21,5	21,1	21,7	23,4	26,6	34,1	25,9
Altre malattie del sistema circolatorio	4,2	3,8	4,1	4,6	5,8	7,2	9,7	6,5
Malattia ipertensiva	8,9	8,8	8,9	8,7	8,8	8,6	7,5	8,5
Tutti i Tumori	5.880	7.817	18.272	8.396	10.702	6.946	3.210	52.971
Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo	32,5	36,6	39,5	42,7	46,5	49,3	49,2	42,1
Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi infratoracici	10,2	10,9	10,0	9,4	7,3	6,2	5,4	8,7
Tumori maligni degli organi genitourinari	14,5	13,5	14,4	13,6	13,2	12,2	11,4	13,4
Tumori maligni dei tessuti linfatico ed ematopoietico	7,8	8,4	9,0	9,5	8,8	8,3	6,6	8,6
Tumori maligni della mammella della donna	22,8	18,5	15,1	12,8	12,1	11,6	13,6	14,9
Tumori maligni dell'utero, delle ovaie e degli altri annessi uterini	11,5	10,0	10,0	8,6	7,6	6,7	5,5	8,7
Malattie dell'apparato respiratorio	311	580	1.099	1.539	3.036	3.256	2.893	12.714
Malattie croniche dell'apparato respiratorio	49,5	58,1	57,9	56,8	52,2	47,9	38,6	49,3
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutriz. e del metab. e disturbi immunit.	505	969	1.725	1.795	2.720	2.050	1.016	10.780
Diabete Mellito	86,3	88,1	92,2	92,4	93,8	93,5	90,9	92,1
Cause esterne dei traumi ed avvelenamenti	379	482	768	886	1.856	2.138	1.674	8.183
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	249	467	755	808	1.352	1.035	628	5.294

Fonte: Istat, Rilevazione delle cause di morte, anno 1994

La graduatoria delle malattie croniche e delle cause di morte deve far riflettere sulla direzione verso cui dovrebbe muovere la ricerca scientifica. Occorrerebbe, infatti, non solo dedicare ingenti risorse alla ricerca contro le "malattie del secolo" (come il cancro e l'AIDS),

ma anche verso malattie non necessariamente letali, ma non per questo meno onerose sotto il profilo personale e sociale, come ad esempio l'artrosi e l'artrite, l'osteoporosi e così via.

Attualmente, infatti, sembra esistere una distorsione nell'allocazione delle risorse destinate alla ricerca scientifica, che porta a favorire il trattamento delle malattie in funzione della gravità "medica" e non anche di quella "sociale", definendo così implicitamente delle priorità che non dovrebbero essere scontate. Tale impostazione deriva anche da una concezione della salute vista in termini prevalentemente ospedalieri e medici lasciando pochi margini alla dimensione "sociale", che invece svolge un ruolo fondamentale nel determinare lo stato di salute e la sua valutazione e, quindi più in generale, il benessere individuale. Probabilmente l'intero sistema si gioverebbe di un dicastero unico che trattasse gli aspetti sociali e quelli sanitari, promuovendo quindi un approccio di gestione unificata della salute.

1.6. TENDENZE PER IL FUTURO

Le prospettive per il futuro sono state delineate per il complesso della popolazione con più di 60 anni, dato che per gli aspetti considerati, questa sembra essere proprio l'età critica, in funzione della quale ragionare quando si affrontano problemi di pianificazione di servizi sociali e sanitari.

In questo segmento di popolazione, *per il solo invecchiamento demografico*, in un decennio si potrebbe verificare un forte aumento di malati e di disabili. Infatti, ipotizzando livelli di morbosità e di disabilità invariati e pari a quelli rilevati nell'indagine in oggetto, il numero di malati cronici, 60 anni e più, dovrebbero ammontare nel 2009 a circa 11,6 milioni, di cui 4,8 maschi e 6,8 femmine (con un tasso di incremento medio annuo dell'ordine di 1,5% per entrambi i sessi), mentre il numero di disabili potrebbe riguardare 1,0 milioni di maschi e 2,0 di femmine (con un tasso di incremento pari a 1,6 per gli uomini e 2,4 per le donne). Un tasso assolutamente straordinario, 4% circa, riguarda gli ultraottantenni: si tratta quindi di rivedere completamente prospettive e strategie di intervento dal momento che i malati cronici di questa fascia di età dovrebbero aumentare di circa 90mila all'anno e i disabili di circa 40mila all'anno (tabella 1.13 e 1.14).

Più in generale il dato che desta preoccupazione riguarda l'elevato tasso di crescita del numero di disabili (2,04% nel decennio) ben maggiore rispetto a quello della stessa popolazione di ultrasessantenni (1,6% per i maschi e 1,23% per le femmine). I notevoli incrementi, in termini relativi, di disabili previsti per il futuro dovrebbero far riflettere sulla necessità di interventi tempestivi e mirati non solo in ambito sanitario per fronteggiare il maggior numero di malati e la maggiore domanda di servizi sanitari che ne deriva, ma anche in ambito sociale, dove più pesanti sono gli effetti della disabilità - sebbene non meno importante sia l'impatto delle patologie di tipo cronico degenerativo sul sistema sociale collettivo - in relazione alla crescente domanda di assistenza da parte degli anziani.

Queste *proiezioni*, lo si ripete, mettono in luce il solo effetto sulla crescita di cronici e di disabili dell'invecchiamento della popolazione. E' molto difficile infatti fare delle vere e proprie previsioni dal momento che non si può valutare l'effetto positivo che si avrà sulla domanda per effetto dell'aumento del livello medio di istruzione della popolazione anziana e vecchia, né si può valutare il possibile andamento del tasso di incidenza e prevalenza della cronicità e della disabilità, dal momento che di queste variabili non abbiamo in Italia dati seguiti (se ci rifacessimo a dati americani si potrebbe immaginare una diminuzione della disabilità così come è successo negli Stati Uniti), né ancora si possono fare previsioni sul possibile effetto positivo di più sani stili di vita. Resta quindi l'importanza di effettuare un monitoraggio continuo e completo dell'andamento di cronicità e disabilità, al fine di poter impostare al meglio le necessarie politiche sociali e sanitarie.

Tab. 1.13 - **Stima di persone in cattiva salute, malati cronici e disabili in valore assoluto (migliaia) per le persone di 60 anni e più. Maschi e femmine - Italia, 1999-2009.**

Età	1999	2004	2009	1999	2004	2009	1999	2004	2009
	M			F			Totale		
Persone in cattiva salute									
60-64	185	188	198	248	248	258	433	436	456
65-69	198	204	208	299	302	304	497	506	512
70-74	238	253	264	342	349	354	580	602	618
75-79	224	262	283	414	454	468	638	716	751
80+	312	393	494	711	863	1035	1.023	1.256	1.529
Totale									
60 +	1.157	1.300	1.447	2.014	2.216	2.418	3.171	3.516	3.865
Totale									
65 +	971	1.112	1.249	1.766	1.968	2.161	2.737	3.080	3.410
Con almeno una malattia cronica									
60-64	974	986	1044	1.152	1.152	1.198	2.126	2.138	2.242
65-69	968	998	1018	1.233	1.245	1.250	2.201	2.243	2.268
70-74	868	923	961	1.212	1.236	1.257	2.080	2.159	2.218
75-79	628	734	794	1.063	1.164	1.201	1.691	1.898	1.995
80+	592	747	939	1.310	1.591	1.908	1.902	2.338	2.847
Totale									
60 +	4.030	4.388	4.756	5.970	6.388	6.814	10.000	10.776	11.570
Totale									
65 +	3.056	3.402	3.712	4.818	5.236	5.616	7.874	8.638	9.328
Con disabilità *									
60-64	129	131	139	102	102	106	231	233	245
65-69	171	176	180	165	166	167	336	342	347
70-74	249	264	275	247	252	256	496	516	531
75-79	315	368	398	320	350	361	635	718	759
80+	29	36	45	795	966	1158	824	1002	1203
Totale									
60 +	893	975	1.037	1.629	1.836	2.048	2.522	2.811	3.085
Totale									
65 +	764	844	898	1.527	1.734	1.942	2.291	2.578	2.840

* dati al 1994

Fonte: elaborazione propria su previsioni di Golini - De Simoni e su dati Istat

Tab. 1.14 - Incrementi assoluti e tassi di incremento medio annuo della popolazione di 60 anni e più in cattiva salute, con almeno una malattia cronica o almeno una disabilità, per genere, anni 1999/2009.

Incremento assoluto (in migliaia)								
1999/01	2004/09	1999/01	1999/01	2004/09	1999/01	1999/01	2004/09	1999/01
M			F			Totale		

Persone in cattiva salute

60-64	3	10	13	0	10	10	3	20	23
65-69	6	4	10	3	2	5	9	6	15
70-74	7	11	26	7	5	12	22	16	38
75-79	38	21	59	40	14	54	78	35	113
80+	81	101	182	152	172	324	233	273	506
Totale 60+	143	147	290	202	202	404	345	349	694
Totale 65+	141	137	278	202	193	395	343	330	673

Con almeno una malattia cronica

60-64	12	58	70	0	46	46	12	104	116
65-69	30	20	50	12	5	17	42	25	67
70-74	55	38	93	24	21	45	79	59	138
75-79	106	60	166	101	37	138	207	97	304
80+	155	192	347	281	317	598	436	509	945
Totale 60+	358	368	726	418	426	844	776	794	1570
Totale 65+	346	310	656	418	380	798	764	690	1454

Con disabilità*

60-64	2	8	10	0	4	4	2	12	14
65-69	5	4	9	1	1	2	6	5	11
70-74	15	11	26	5	4	9	20	15	35
75-79	53	30	83	30	11	41	83	41	124
80+	7	9	16	171	192	363	178	201	379
Totale 60+	82	62	144	207	212	419	289	274	563
Totale 65+	80	54	134	207	208	415	287	262	549

Tab. 1.14 – Incrementi assoluti e tassi di incremento medio annuo della popolazione di 60 anni e più in cattiva salute, con almeno una malattia cronica o almeno una disabilità, per genere, anni 1999/2009.

	Tasso di incremento medio annuo (%)								
	1990-94			1995-99			2000-04		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Persone in cattiva salute*									
60-64	0,32	1,04	0,68	0,00	0,79	0,40	0,14	0,90	0,52
65-69	0,60	0,39	0,49	0,20	0,13	0,17	0,36	0,24	0,30
70-74	1,23	0,85	1,04	0,41	0,28	0,35	0,75	0,53	0,64
75-79	3,18	1,55	2,37	1,86	0,61	1,23	2,33	0,96	1,64
80+	4,72	4,68	4,70	3,95	3,70	3,83	4,19	4,01	4,10
totale 60+	2,36	2,17	2,26	1,93	1,76	1,84	2,09	1,91	2,00
totale 65+	2,75	2,35	2,55	2,19	1,89	2,04	2,39	2,06	2,22
Con almeno una malattia cronica									
60-64	0,25	1,15	0,70	0,00	0,79	0,39	0,11	0,95	0,53
65-69	0,61	0,40	0,50	0,19	0,08	0,14	0,38	0,22	0,30
70-74	1,24	0,81	1,02	0,39	0,34	0,37	0,75	0,54	0,64
75-79	3,17	1,58	2,37	1,83	0,63	1,23	2,34	1,00	1,67
80+	4,76	4,68	4,72	3,96	3,70	3,83	4,21	4,02	4,12
totale 60+	1,72	1,62	1,67	1,36	1,30	1,33	1,51	1,43	1,47
totale 65+	2,17	1,76	1,96	1,68	1,41	1,54	1,87	1,55	1,71
Con disabilità*									
60-64	0,31	1,19	0,75	0,00	0,77	0,39	0,17	1,01	0,59
65-69	0,58	0,45	0,51	0,12	0,12	0,12	0,35	0,29	0,32
70-74	1,18	0,82	1,00	0,40	0,32	0,36	0,79	0,57	0,68
75-79	3,16	1,58	2,37	1,81	0,62	1,21	2,49	1,12	1,80
80+	4,42	4,56	4,49	3,97	3,69	3,83	3,99	3,72	3,86
totale 60+	1,77	1,24	1,51	2,42	2,21	2,32	2,19	1,88	2,04
totale 65+	2,01	1,25	1,63	2,58	2,29	2,43	2,39	1,95	2,17

*dati al 1994

Fonte: cfr. tabella 1.13

PAGINA BIANCA

2

**LA DOMANDA DI SERVIZI SANTARI
E SOCIO-ASSISTENZIALI DEGLI ANZIANI**

I «paradigmi dell'invecchiamento delle popolazioni occidentali» possono aiutare ad inquadrare la criticità e complessità della problematica inerente la valutazione dell'offerta di servizi e di strutture sociali, sanitarie ed assistenziali. Infatti, dalla valutazione dell'impatto che l'invecchiamento individuale e della popolazione comporta in termini economici, sociali, culturali e psicologici si può partire per focalizzare le esigenze più pressanti a livello collettivo e individuale che da tali tendenze derivano.

I mutamenti e le novità della realtà delle popolazioni occidentali contemporanee investono tanto la sfera sociale (possibile accentuazione delle disuguaglianze sociali e dei conflitti generazionali; inaridimento dei valori; riduzione della coesione sociale, del dinamismo collettivo e della solidarietà intergenerazionale; maggiore resistenza ai cambiamenti, ecc.) quanto quella economica (possibile calo della produttività e della mobilità professionale, con conseguente riduzione dello spirito di iniziativa; scarsità delle risorse umane; riduzione degli investimenti e della domanda dei consumi e, più in generale, della ricchezza delle nazioni; diminuzione della competitività internazionale e della concorrenza tra i paesi, ecc.). E i cambiamenti dell'immagine, dei valori collettivi e dei comportamenti sociali che ne derivano alimentano il rischio di involuzione sociale (invecchiamento sociale). Basti pensare, ad esempio, ai cambiamenti che eventi demografici (denatalità e conseguenti squilibri generazionale determineranno un aumento di anziani senza figli e di anziani soli, anche a causa del crescente numero di divorzi) e sociali (il diverso ruolo della donna e le trasformazioni della famiglia) hanno introdotto nella rete di supporto informale ad anziani e malati rappresentata dalla famiglia che, se in passato ha costituito il cardine di riferimento nelle politiche assistenziali e sanitarie, attualmente trova difficoltà a trovare forme di assistenza adeguate ai propri congiunti, a causa della scarsità dell'offerta di servizi adeguati.

Rilevanti, pertanto, le implicazioni dell'invecchiamento della popolazione sugli aspetti assistenziali e socio-sanitari: la più elevata speranza di vita determina, *ceteris paribus*, un maggior numero di malati e disabili, a cui, inevitabilmente, corrisponde un maggior ricorso a visite mediche, accertamenti diagnostici, strutture sanitarie e assistenziali. Ciò determina, in generale, una crescita della domanda che rischia di essere più veloce rispetto alla crescita dell'offerta di strutture sociali e sanitarie che vanno adeguate mediante l'individuazione e la predisposizione di specifici interventi, da realizzare attraverso apposita programmazione e pianificazione.

Cruciale, quindi, l'analisi e la stima della domanda di servizi sociali e sanitari che non solo consente di meglio focalizzare i bisogni di assistenza e di «salute» provenienti da anziani, ma anche di individuare il gap esistente tra richieste di prestazione di assistenza e sanitarie e fruizione effettiva.

Nell'accezione più semplice il bisogno di assistenza può essere inteso come somma dei bisogni degli individui di un certo territorio oppure come differenza tra i livelli di assistenza effettivamente raggiunti e quelli considerati ottimali, senza far riferimento alla disponibilità dei servizi e delle risorse. Esso può essere distinto in *bisogno percepito*, se riflette la convinzione soggettiva di una persona di avere un problema assistenza sociale o di salute per il quale reputa necessario il ricorso ad un servizio, e *bisogno espresso*, se, percepito il bisogno, si ricorre concretamente al servizio sociale e

sanitario, esprimendosi in domanda effettiva. Un bisogno, però, può rimanere *inespresso* sia da parte dell'anziano che ha bisogno di aiuto che dell'assistente sociale e del medico e, quindi, non manifestarsi come necessità o domanda. Per *necessità*, invece, si intende la percezione da parte dell'individuo di un bisogno di servizi. Ovviamente le necessità sono limitate dalla percezione del singolo individuo, che può non essere a conoscenza dell'esistenza di un particolare servizio, così come può non sapere che una determinata condizione sia trattabile.

Alla luce di queste considerazioni, una necessità che venga tradotta nella ricerca di un servizio o di beni adatti diventa "*domanda*". Essa è funzione del bisogno (cioè la propria condizione), della disponibilità dei servizi (cioè la organizzazione del sistema socio-sanitario) e di altre componenti, quali le condizioni socioeconomiche, il reddito, la classe sociale, la dimensione della famiglia, le caratteristiche dei medici ecc. Naturalmente non tutta la domanda può essere soddisfatta e una possibile quantificazione può essere effettuata sulla base della lunghezza e della consistenza delle liste di attesa.

Secondo questa ottica, basata sull'approccio gestionale, la fruizione di un servizio socio-sanitario e, quindi, più in generale *l'uso*, essendo il risultato dell'interazione tra domanda (provocata dalla percezione di un bisogno ed espressa dalla popolazione) ed offerta specifica (prodotta dalle istituzioni attraverso la realizzazione e l'erogazione di un idoneo servizio), rappresenta un'espressione tangibile e consistente della domanda "soddisfatta" e, quindi, della risposta del servizio relativo. E agevole risulta la sua misurazione, che si basa sulla rilevazione dell'attività del servizio in rapporto all'utenza che accede ad esso ed alla sua tipologia; delle risorse consumate per erogare il servizio e conseguentemente, del livello di produttività derivato dall'uso del servizio. Per fare un solo esempio sul tipo di informazione di cui si può disporre, si può prendere in esame la percentuale di ultrasessantenni che hanno utilizzato negli ultimi 12 mesi la ASL, da cui emerge che la domanda di questa tipologia di servizio non presenta una significativa differenziazione rispetto al sesso né rispetto all'età, se non fosse per un ricorso minore alla ASL tra gli ultrasettantacinquenni, che molto probabilmente fanno richiesta di servizi sanitari di altro tipo (tabella 2.1).

Tabella 2.1. - Ultrasessantenni che negli ultimi 12 mesi hanno utilizzato la ASL, per genere e classi di età (per 100 utenti della stessa zona e con le stesse caratteristiche). Anno 1998.

Classi di età	Uomini	Donne	Totale
60-64	49,1	51,7	50,4
65-69	52,3	52,1	52,2
70-74	52,9	50,3	51,5
75 e più	49,7	37,4	42,0
Totale	50,7	46,1	48,4

Fonte: Istat, 1998

Più difficile risulta, invece, la quantificazione della domanda effettiva e potenziale che, prescindendo da siffatta misurazione, richiede la realizzazione di indagini ad hoc in grado di stimarne l'entità.

Estremamente importante, dunque, si rivela il ruolo del bisogno, della necessità e della domanda nella pianificazione della assistenza socio-sanitaria. Gli studi su questi aspetti, unitamente a quelli sull'utilizzazione di servizi sanitari costituiscono i requisiti essenziali per la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia dell'assistenza. Spesso esi-

stono delle differenze considerevoli all'interno di essi, in quanto come già precedentemente sottolineato non tutto il bisogno arriva a esprimersi come domanda e non tutta la domanda viene soddisfatta. Inoltre non è sempre ovvio quali siano i precisi livelli di bisogno, domanda ed utilizzazione per un particolare servizio.

La non completa sufficienza di molti sistemi informativi sociali e sanitari fa sì che l'analisi dell'assistenza fornita non sia attendibile. Non è necessario, d'altra parte, che i sistemi informativi siano tutti continui o esaustivi; alcune informazioni possono essere raccolte su base periodica o tramite indagini campionarie ad hoc (come, ad esempio, quelle considerate in questo Rapporto). Ma determinante risulta la disponibilità di fonti di informazioni di tipo sociale sanitario ricche ed affidabili in grado di misurare sia la domanda di assistenza, che lo squilibrio esistente rispetto all'offerta.

Va inoltre aggiunto che, per quanto la conoscenza dei bisogni di assistenza possa essere un utile strumento per la pianificazione dei servizi e possa essere di supporto alla formulazione degli obiettivi di un servizio ideale, altrettanto importante nella normale pianificazione dei servizi risulta la precisazione degli obiettivi del servizio preso in esame e la quota di risorse disponibili, indispensabili per l'effettiva pianificazione.

Nella valutazione della probabile dinamica futura della domanda di servizi di assistenza che dovrà essere soddisfatta da strutture formali (pubbliche e private) di assistenza è importante considerare non solo le determinanti del livello assoluto di assistenza ma anche i fattori che influenzano la quota di servizi di assistenza erogati in modo informale dalle famiglie, distinguendoli da quella invece soddisfatta da strutture formali. Ciò alla luce del fatto che la notevole crescita prevista nella domanda di strutture formali di assistenza private e pubbliche dipenderà non solo dalla maggiore presenza di anziani, malati e disabili (che costituiscono, in un certo senso, la domanda potenziale in relazione al bisogno di assistenza che potrebbero manifestare), ma anche dall'attuale difficoltà che in alcuni casi presenta la rete informale di assistenza oggi operante. Quest'ultimo aspetto è da ricondurre fondamentalmente al diverso ruolo della donna su cui solitamente grava l'assistenza di anziani e malati. Ma se da una parte l'aumento del tasso di attività femminile riduce il numero di donne che si occupano della cura dei propri familiari, d'altra parte è pur vero che aumenta le opportunità di coloro che decidono di dedicarsi all'assistenza informale di persone non autosufficienti, portando alla creazione di nuove figure professionali identificabili nel "collaboratore domestico" la cui importanza è destinata ad aumentare, così come fortemente quella del volontariato.

Pertanto la valutazione delle condizioni della popolazione anziana, del suo stile e delle sue condizioni di vita (che sono fortemente correlati allo stato di salute e condizionati dalla presenza o assenza di patologie croniche e di disabilità), pur rispondendo ad un'esigenza informativa, deve rappresentare la base delle politiche di tipo sociale ed economico, concernendo tutti gli aspetti delle politiche di Welfare, compresa la politica assistenziale e sanitaria. Più precisamente, il complesso della politica sociale (e, anzi, della politica generale) dovrebbe creare il contesto necessario affinché la politica sanitaria abbia efficacia e produca risultati positivi, promuovendo un approccio multidimensionale che tenga conto degli innumerevoli fattori che concorrono a garantire il "benessere psicofisico" della popolazione.

Ad esempio, fra i vecchi e i molto vecchi, alla maggiore presenza di malattie croniche e di non autosufficienza, corrisponde anche un peggioramento dello stato patrimoniale che, il più delle volte, si traduce in degrado abitativo. Infatti, un importante fenomeno di carattere sociale collegato all'invecchiamento è rappresentato dalla progressiva riduzione dello spazio vissuto e dal più accelerato processo di degrado abitativo, così come confermato dai risultati del progetto "Nestore".

In particolare, per quanto riguarda la domanda, occorre garantire l'uniformità effettiva alla copertura assistenziale della popolazione nelle diverse realtà locali, per

ragioni di equità sociale. Ciò richiede la verifica dei livelli di assistenza al fine di individuare appropriate ed efficaci soglie di assistenza, rispetto alle quali garantire una risposta uniforme sull'intero territorio nazionale.

Dalle considerazioni fatte si comprende, dunque, l'importanza di ancorarsi ad un modello dinamico nell'ambito della pianificazione strategica per l'identificazione delle variabili maggiormente significative, per la valutazione del loro impatto attuale e futuro sul sistema "sanità e assistenza", per l'analisi di sensitività (allo scopo di indagare sull'influenza delle variazioni di una singola variabile sui risultati del modello previsionale), per l'elaborazione di decisioni strategiche a medio e lungo termine (si possono valutare rapidamente i risultati conseguenti a certe strategie, fornendo elementi di supporto nel processo decisionale).

CONCLUSIONI GENERALI

Da tutto il quadro delineato emerge, dunque, quanto importante e delicato sia il ruolo che rispetto al problema della vecchiaia e dell'invecchiamento, la società è chiamata a svolgere nel prossimo futuro. Dalla capacità che essa avrà di rispondere alle esigenze di un numero sempre maggiore di anziani dipenderà la quantità e la qualità degli ultimi anni di vita che rimangono da vivere¹. Per affrontare in maniera adeguata tali problematiche, sia da un punto di vista politico, che della programmazione di tutti gli interventi di carattere socio-sanitario, occorre anzitutto superare la tradizionale logica che porta a considerare singolarmente i vari aspetti della condizione dell'anziano. Le valutazioni devono essere multidimensionali, tenendo sempre presente che esiste una forte interazione tra fattori socio-economici e sanitari. E' dimostrato, ad esempio, che il livello di scolarizzazione esercita una protezione nei confronti di alcune malattie, quali l'Alzheimer, così come le persone che hanno risorse economiche insufficienti sono più soggette ad alterazioni dello stato di salute.

Occorre, pertanto, provvedere allo sviluppo di una cultura adeguata, unitamente alla consapevolezza che il mondo degli anziani è estremamente vario e diversificato. Ciò al fine di individuare meglio le direzioni in cui muoversi.

Sicuramente l'attuale crisi del concetto di medicina e di assistenza tradizionale impone, per il futuro, la creazione e l'affermazione di nuove figure professionali e forme assistenziali. L'evoluzione della famiglia e della società vanno determinando nuove esigenze e una diversa domanda.

Ad esempio le famiglie riducendosi di dimensione entrano in affanno per assolvere al ruolo assistenziale, tradizionalmente svolto dalla donna a cui da sempre è stata delegata la cura di anziani e malati. Venendo progressivamente meno questo cardine fondamentale della assistenza, il gravoso e difficile compito viene con crescente frequenza - soprattutto nelle grandi metropoli - affidato a collaboratori domestici, sempre più frequentemente stranieri. Si tratta di giovani di entrambi i sessi che svolgono lavori domestici e/o forniscono assistenza agli anziani, consentendo alle donne un sempre più frequente e pieno inserimento nel mondo del lavoro e consentendo quegli aggiustamenti all'interno della famiglia necessari per ritrovare un nuovo equilibrio. Ma ciò non basta a fronteggiare una situazione di per sé assai complessa. In primo luogo perché inevitabilmente emergono problemi economici, legati alla possibilità della famiglia di sostenere le spese di mantenimento di un collaboratore domestico. L'esigenza di assistenza, specie per gli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti, non può ricadere totalmente sulla singola famiglia, che quindi deve essere sostenuta sotto il profilo fiscale e, quando necessario, anche sotto il profilo economico. Si tenga, inoltre, presente che, come ribadito dall'ultimo documento di programmazione economico-finanziaria, la scarsità (talvolta l'assenza) di servizi alle famiglie (come per esempio, quelli rivolti alle persone inabili o anziane) potrebbe disincentivare - attraverso la creazione di quelle che solitamente vengono identificate come "barriere alle scelte individuali" - l'ingresso nelle forze di lavoro delle categorie ritenute meno forti (donne e giovani), favorendo così, fra l'altro, l'occupazione sommersa, serio ostacolo allo sviluppo economico e sociale del Paese, oltre che, nello specifico, fonte di serie preoccupazioni per il sistema pensionistico.

Inoltre, sempre in tema di famiglia, ad aggravare la situazione, così come segnalato da studiosi di demografia, psicologia e sociologia, si ritrova il problema delle relazioni, se non dei conflitti, fra le generazioni. I vecchi, pochissimi un tempo, in famiglia svolgevano il ruolo di meri osservatori, mentre oggi invece rivendicano un ruolo da protagonisti con

¹ Solitamente si punta più sulla qualità della vita che sulla quantità, in quanto indubbiamente la prima rappresenta un traguardo per certi versi più importante da raggiungere. E diversi sono i pareri degli studiosi in merito a questo aspetto. Infatti, alcuni di loro sostengono che ad aumenti della vita media corrispondano peggioramenti delle

condizioni di salute, al contrario di quanto affermato da Fries, secondo il quale, invece, parallelamente ad un aumento della longevità si verificherebbe uno spostamento in avanti dell'inizio della malattia ed una compressione della morbosità nella fase terminale della vita.

effetti spesso dirompenti sulle famiglie; genitori di ottanta-ottantacinque anni sostenuti, magari anche solo sotto il profilo psicologico e cognitivo ma spesso anche economico, da figli sessantenni, persone già anziane con i loro problemi e le loro debolezze, che a loro volta possono scaricare insicurezze e incertezze sui figli trentenni.

In questo nuovo contesto, bisogna, dunque, creare i presupposti per una società e un'economia più solidali che promuovano e difendano il diritto alla cura della propria salute, che considerino anche l'importanza della richiesta "soggettiva" di salute. Che consentano quindi di perseguire il sempre evocato obiettivo di migliorare la qualità, oltre che la quantità della vita. Questi obiettivi, insieme con le tendenze in atto nella popolazione italiana, pongono quindi, fra l'altro, problemi di pianificazione nella gestione delle risorse umane da affrontare e da risolvere per il raggiungimento e il mantenimento dinamico dell'equilibrio tra domanda e offerta.

L'auspicabile e necessaria crescente flessibilità nella gestione della spesa pubblica e di tutte le risorse umane e materiali in funzione della domanda effettiva, sembra in realtà ostacolata da una serie di fattori che troppo frequentemente e perniciosamente trascurano le dinamiche della popolazione. Fra il 1975 e il 2000 la popolazione italiana di età 5-14 anni è diminuita da 9,1 a 5,6 milioni, con una riduzione perciò di circa il 40%; non si sono parallelamente ridotti gli insegnanti della scuola dell'obbligo, ma sono aumentati, sicché oggi abbiamo il più basso rapporto al mondo fra studenti di questa fascia di età e docenti, con tutto quello che ciò comporta per la spesa pubblica. Se si prendono in esame gli andamenti dei posti letto nei reparti di pediatria, per fare un altro esempio, si trova che sono diminuiti ma certo in una proporzione ben lontana da quella relativa alla popolazione dei bambini e degli adolescenti; e parallelamente non sono aumentati i posti letto nei reparti di geriatria e le altre strutture necessarie a questi reparti. Questa mancata flessibilità orizzontale nella spesa pubblica può creare seri problemi se e quando dovesse venire meno il ruolo fondamentale nell'assistenza degli anziani bisognosi, svolto dai figli, soprattutto femmine, e da parenti.

Recenti studi hanno sottolineato che chi non ha prole è particolarmente svantaggiato da questo punto di vista, mentre altri ancora hanno mostrato che non necessariamente avere molti figli è sinonimo di maggiore assistenza, poiché ai fini del supporto informale è sufficiente averne almeno uno². Evidentemente questa circostanza comporta in ogni caso una *crescita nelle responsabilità familiari dei nuovi giovani*, ma inevitabilmente anche una crescita nella domanda di servizi sanitari e assistenziali dovuta alle difficoltà oggettive (la vicinanza delle abitazioni, il tipo di lavoro svolto, il crescente numero di donne impegnate in lavori extradomestici, etc.) che i figli solitamente e sempre più frequentemente incontrano nelle relazioni, e in particolare nella erogazione di assistenza, ai propri genitori. L'intero sistema di solidarietà intergenerazionale, e non soltanto quindi quello del sistema pensionistico, appare quindi messo fortemente in discussione, se non addirittura in pericolo, dalle tendenze attuali e future della popolazione italiana.

In un'ottica generale di *Welfare State*, che vede coinvolti svariati aspetti, occorre pertanto attivare delle strategie di politica economica e socio-sanitaria da perseguire per il conseguimento degli obiettivi prefissati, indirizzare la ricerca verso la soluzione anche di problemi quotidiani, tutto per cercare di garantire soddisfacenti livelli di qualità di vita.

Ad esempio molta attenzione, sia nella ricerca farmacologica sia nella pratica di assistenza, dovrà essere prestata alla cura del dolore cronico, una "infermità" molto diffusa che crea forme di invalidità più o meno gravi e spesso non adeguatamente riconosciute.

Inoltre un intervento sicuramente vincente è la promozione dell'informazione ai cittadini, attraverso i media e qualsiasi altro mezzo di divulgazione, fondamentale per creare una nuova cultura basata sulla conoscenza del fenomeno dell'invecchiamento e sui possibili mezzi di prevenzione della malattia e della disabilità in età anziana. Solo così si riuscirà a creare la coscienza che, di fatto, l'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che riguarda tutti i cittadini come individui e che ha ripercussioni inevitabili sulla vita quotidiana, lavorativa e personale di tutti noi.

²Spitze e Logan, 1990, Dykstra, 1993. Il fatto è però che il figlio unico si trova a coesistere con un sempre crescente numero di genitori (aumenta

di molto la probabilità che un figlio adulto si ritrovi a lungo vivi entrambi i genitori) e di nonni.

3

ANALISI DELL'OFFERTA REGIONALE

3.1. GLI INTERVENTI

L'Italia, paese molto tradizionalista, ha da sempre preferito assistere i propri anziani all'interno del nucleo familiare e questo compito è sempre stato demandato alla donna. Quindi le famiglie per molto tempo hanno svolto il ruolo di assistenza e cura non stimolando sufficientemente lo Stato e le autorità locali ad occuparsi di questo problema.

All'interno del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 si afferma che "il contesto mutevole e complesso pone l'esigenza di avviare nel Paese un vero e proprio patto di solidarietà per la salute, che impegni le istituzioni preposte alla tutela della salute e alla pluralità di soggetti: i cittadini; gli operatori sanitari; le istituzioni; il volontariato; i produttori non profit e profit, di beni e servizi di carattere sanitario; gli organi e gli strumenti della comunicazione; la comunità europea ed internazionale. I risultati di salute non dipendono infatti solo dalla qualità delle prestazioni, ma trovano radici più profonde nella responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e nella loro capacità di collaborare".

È per questo che nasce la necessità di una collaborazione tra progetti nazionali che hanno analoghi obiettivi come ad esempio il Progetto Obiettivo Anziani (POA) che si pone come elemento di stimolo e di coordinamento nel processo di attuazione di interventi realizzabili in ambito locale, poiché è sicuramente in ambito regionale e distrettuale che bisognerà cercare, al meglio, di coordinare gli interventi strategici, e il Progetto Finalizzato Invecchiamento del CNR, che rappresenta l'unico osservatorio che ha raccolto autonomamente dati rappresentativi di tutta la popolazione anziana in relazione agli aspetti epidemiologici.

Si fornisce di seguito il quadro dell'offerta di strutture e servizi presente sul territorio.

3.2. I servizi geriatrici per l'anziano fragile¹

L'attuazione di programmi socio-sanitari, di interventi assistenziali, di iniziative culturali, di strategie di supporto e di sostegno alle famiglie potrebbe ritardare il progressivo deterioramento fisico ed intellettuale dell'anziano, il più delle volte afflitto da elevati livelli di morbosità. Si tratterebbe, dunque, di intervenire sulla "qualità" degli ultimi anni di vita, innescando una straordinaria rivoluzione economica, sociale e sanitaria, perseguibile solo attraverso adeguate politiche e strategie di prevenzione. Ma, oltre all'efficacia dei programmi di prevenzione da iniziare sin dall'età giovanile e adulta, ciò che si dovrebbe garantire è razionalizzare l'organizzazione assistenziale per chi è già anziano "fragile".

La nuova legge 229 sull'assistenza sanitaria basa gran parte delle sue direttive sull'applicazione dei principi su cui si fonda l'assistenza geriatrica², la quale porta ad un

¹ Parte di questo paragrafo è stato tratto da: Lo stato di salute degli anziani in Italia, Contributo del sottoprogetto 2 e sottoprogetto 5 del Progetto Finalizzato Invecchiamento e del Progetto Strategico sull'invecchiamento del CNR.

² L'assistenza geriatrica e, in particolare, quella domiciliare rappresenta un supporto formale di assistenza ad elevata efficacia, fornisce buoni risultati nell'assistenza all'anziano così come testimoniato dalla notevole riduzione delle degenze medie per ammissione in ospedale dopo l'assistenza ADI rispetto a quella pre-ADI.

miglioramento significativo in termini di efficacia e di costi rispetto al modello medico tradizionale.

Partendo da questi presupposti sono nate iniziative che hanno come finalità quella di diffondere e utilizzare un unico strumento di valutazione multidimensionale geriatrica e di sperimentare in diverse realtà locali l'organizzazione assistenziale basata sul case-manager e sull'utilizzazione di adeguati strumenti per l'assistenza domiciliare integrata.

Una azione da avviare se si vuole che a tali innovazioni segua un'effettiva razionalizzazione del settore dell'assistenza geriatrica, dovrebbe riguardare l'omogeneizzazione delle procedure in modo da poter consentire l'implementazione di banche dati capaci di fornire un monitoraggio attendibile del fabbisogno assistenziale, dei costi e delle qualità delle prestazioni erogate dai servizi di assistenza continuativa per l'anziano; e anche di permettere confronti a livello regionale tra le singole ASL, a livello nazionale tra le singole regioni.

3.3. Servizi e strutture presenti sul territorio

Viene di seguito analizzata l'offerta di strutture socio-assistenziali disponibili a livello nazionale, rilevate alla fine del 1998. Verranno considerate tre diverse tipologie di strutture utilizzabili dall'anziano: le strutture "residenziali", le strutture "non residenziali" (per lo più centri diurni) e i "centri studi e università".

3.3.1 Strutture residenziali

L'anziano fragile e solo o senza alcun supporto sociale che gli consenta di essere assistito a domicilio, dovrebbe poter usufruire di servizi residenziali più o meno assistiti a seconda del suo grado di autonomia. La sua collocazione in questo tipo di strutture dovrebbe seguire una valutazione multidimensionale del caso e la predisposizione di un piano individuale di assistenza.

Ogni forma di assistenza residenziale dovrebbe ispirarsi al modello familiare quale ambiente più favorevole per l'anziano, caratterizzato da strutture adeguate e da arredi e ritmi di vita tipici di una organizzazione familiare. Le residenze dovrebbero avere dimensioni che favoriscano il mantenimento di rapporti interpersonali di tipo familiare e sociale.

Dai dati del Ministero dell'Interno si rileva come le strutture residenziali, censite sul territorio nazionale al 31.12.1998, siano 4.383, per un totale di posti letto disponibili pari a 212.624.

Dalla tabella 3.1 si evidenzia come il Nord-Ovest sia l'area con il maggior numero di strutture residenziali, 1.605, pari al 36,6% del totale; segue il Nord-Est con 1.149 strutture pari al 26,2%, il Centro con 750 strutture, il Sud con 451 ed infine le Isole con 428.

Tab. 3.1 – Numero di strutture residenziali e percentuale sul totale nazionale, per grandi ripartizioni geografiche, anno 1998.

Ripartizione geografica	N. di strutture	% sul totale nazionale
Nord-Ovest	1.605	36,6
Nord-Est	1.149	26,2
Centro	750	17,1
Sud	451	10,3
Isole	428	9,8
ITALIA	4.383	100,0

Fonte: Ministero dell'Interno

Nella tabella 3.2 vengono riportati i dati a livello regionale in riferimento alle strutture censite, ai posti letto disponibili, alla popolazione anziana (65 anni e più) e alla eventuale discrepanza tra domanda e offerta.

Tab. 3.2 — **Strutture residenziali, posti letto e strutture che accolgono anche non autosufficienti, % di popolazione ultrasessantacinquenne, numero di anziani per struttura, anziani per posto letto e numero di strutture per kmq, per regione, anno 1998.**

Regione	Strutture residenziali			Strutture			Posti letto			Strutture che accolgono anche non autosufficienti			
	n°	% sul totale delle strutture residenziali e con assistenza	% nazionale	n°	% nazionale	n° medio per struttura	% 65+	Popolazione strutture	letti medio per p.l.	n° strutture per 1000 kmq	n°	% sul totale strutture residenziali	% medio-naz.
Piemonte	782	61,3	17,8	37.362	17,6	47,8	20,1	1.101	23	30,8	280	35,8	17,0
Valle d'Aosta	33	52,4	0,8	868	0,4	26,3	18,5	671	25	10,1	32	97,0	1,9
Lombardia	559	45,9	12,8	42.507	20,0	76,0	17,1	2.759	36	23,4	128	22,9	7,8
Trentino Alto Adige	115	44,7	2,6	6.732	3,2	58,5	16,5	1.330	23	8,5	96	83,5	5,8
Veneto	323	49,5	7,4	27.667	13,0	85,7	17,5	2.435	28	17,6	202	62,5	12,3
Friuli Venezia Giulia	201	69,6	4,6	9.732	4,6	48,4	21,0	1.235	26	25,6	72	35,8	4,4
Liguria	231	64,7	5,3	6.297	3,0	27,3	24,4	1.726	63	42,6	41	17,7	2,5
Emilia Romagna	510	58,3	11,6	23.907	11,2	46,9	21,9	1.697	36	23,1	292	57,3	17,7
Toscana	358	64,7	8,2	14.849	7,0	41,5	21,7	2.139	52	15,6	132	36,9	8,0
Umbria	60	40,0	1,4	2.257	1,1	37,6	22,0	3.049	81	7,1	19	31,7	1,2
Marche	139	42,8	3,2	3.607	1,7	25,9	21,0	2.202	85	14,3	74	53,2	4,5
Lazio	193	32,9	4,4	4.294	2,0	22,2	16,7	4.546	204	11,2	10	5,2	0,6
Abruzzo	60	31,4	1,4	3.267	1,5	54,5	19,6	4.168	77	5,6	22	36,7	1,3
Molise	22	30,1	0,5	955	0,4	43,4	20,3	3.031	70	5,0	6	27,3	0,4
Campania	116	45,1	2,6	4.687	2,2	40,4	13,4	6.668	165	8,5	39	33,6	2,4
Puglia	144	46,0	3,3	7.847	3,7	54,5	14,8	4.192	77	7,4	50	34,7	3,0
Basilicata	29	40,8	0,7	973	0,5	33,6	17,3	3.629	108	2,9	20	69,0	1,2
Calabria	80	35,4	1,8	1.976	0,9	24,7	15,9	4.112	166	5,3	10	12,5	0,6
Sicilia	322	59,6	7,3	9.748	4,6	30,3	15,8	2.504	83	12,5	101	31,4	6,1
Sardegna	106	43,6	2,4	3.092	1,5	29,2	14,9	2.322	80	4,4	22	20,8	1,3
ITALIA	1.383	51,5	100,0	212.631	100,0	48,3	17,7	2.335	48	14,5	1.648	37,6	100,0

Fonte: elaborazione propria su dati del Ministero dell'Interno

— Il Piemonte è la regione dove le strutture sono più numerose, 782 pari al 17,8% del totale, a seguire la Lombardia con 559 strutture, pari al 12,8%, l'Emilia Romagna con 510 e la Toscana con 358. Le regioni che presentano il più basso numero di strutture sono il Molise (22) e la Basilicata (29), con percentuali pari rispettivamente allo 0,5% e allo 0,7%;

— Di queste strutture residenziali soltanto alcune accolgono anche anziani non autosufficienti: nel Lazio solo 10 su 193 (pari al 5,2%), contro la Valle d'Aosta che fornisce questo servizio nella stragrande maggioranza delle strutture (97%);

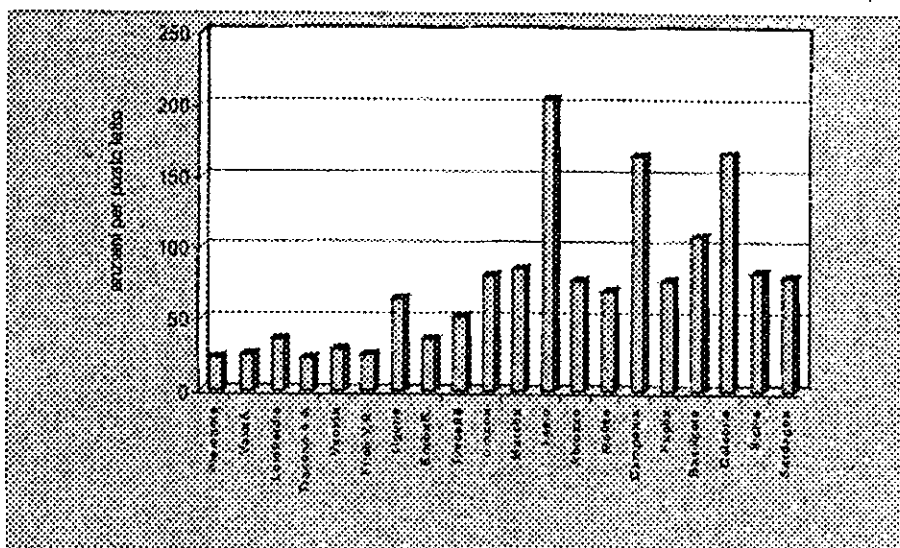
— Le prime posizioni per la disponibilità di posti letto sono occupate dalle regioni del Nord: la Lombardia con 42.507 posti letto, il Piemonte con 37.362, il Veneto e l'Emilia Romagna; il loro numero medio di posti letto per struttura è elevato: è proprio

il Veneto a detenere il primato nazionale con, in media, 86 posti letto per struttura, 37 in più rispetto alla media nazionale. Situazione opposta si registra in Valle d'Aosta, Molise e Basilicata in cui la percentuale di posti letto sul totale nazionale è di circa lo 0,4%. Le regioni con il più basso numero di posti letto per struttura sono il Lazio (22), la Calabria (25) e le Marche (26) denotando la presenza di strutture di minori dimensioni.

In Piemonte e in Trentino Alto Adige l'offerta è elevata e si registrano 23 anziani per ogni posto letto; il Lazio conta ben 204 anziani per ogni posto letto, la Calabria 166 e la Campania 165 (figura 3.1).

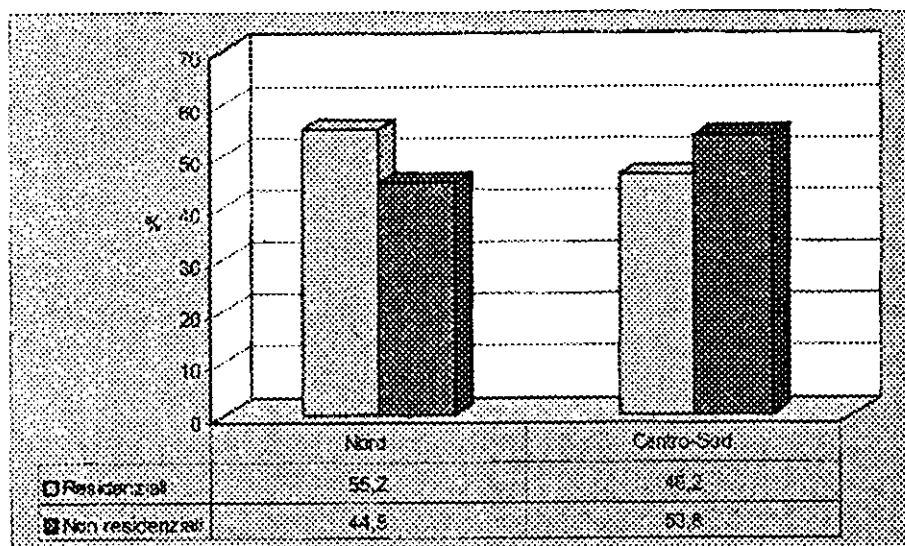
In generale si può affermare che al Nord si registra un maggior numero di strutture per 1000 kmq (con un massimo in Liguria e Piemonte), e ciò sta ad indicare che esiste una maggiore distribuzione dell'offerta sul territorio.

Fig. 3.1 — Numero di anziani per posto letto nelle regioni, anno 1998.



Ciò è probabilmente dovuto alla mentalità tradizionale più diffusa al Centro-Sud in cui si preferisce in ogni caso tenere l'anziano nel proprio domicilio ed usufruire delle strutture di assistenza soltanto per attività diurne.

Fig. 3.2 – Distribuzione percentuale delle strutture residenziali e non al Nord e al Centro-Sud, anno 1998.



Fonte: cfr. figura 3.1

3.3.3 Centro studi e Università

Nell'anno accademico 1998/99 nei 680 centri studi censiti, risultano iscritti 134.751 anziani. Rispetto alla loro dislocazione geografica, il Piemonte ed il Veneto registrano il numero più alto con una percentuale pari rispettivamente a 15,1 e 14,9. In queste regioni si rileva anche il più elevato numero di iscritti, pari rispettivamente al 20,7% e al 12,6% del totale nazionale (tabella 3.4).

3.4 RILEVAZIONE DIRETTA DELL'OFFERTA NELLE REGIONI

3.4.1. Il questionario: formulazione e problemi.

Per poter valutare correttamente l'offerta di servizi e strutture per l'anziano a livello territoriale, è stato sottoposto alle regioni un questionario.

Il questionario proposto aveva lo scopo di:

- rilevare il numero di Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) al 1 luglio del 1999, verificare se rispetto al 1 luglio 1996 il numero di tali unità fosse aumentato e se ce ne fossero alcune in progetto. In relazione alle UVG è stato interessante rilevare come le stesse si trovassero quasi esclusivamente nelle A.S.L., capire i motivi della loro localizzazione e analizzare, le figure professionali presenti;

- valutare se viene fornita un'assistenza domiciliare e in caso affermativo individuare la tipologia (socio-assistenziale, sanitaria, ADI) e gli strumenti utilizzati;

- individuare quali programmi sono in atto per allungare il più possibile la permanenza dell'anziano a domicilio (fruibilità di servizi assistenziali e sanitari, miglioramento delle condizioni abitative, etc.);
- quantificare il numero di strutture, residenziali e non, esistenti al 1 luglio 1996, al 1 luglio 1999 e quelle in progetto e individuare i motivi legati alla loro localizzazione territoriale;
- evidenziare la possibilità di un'assistenza verso particolari forme di demenza senile, quali il morbo di Alzheimer, e inquadrare il tipo di strutture in cui viene fornita;
- rilevare le azioni atte a garantire l'inserimento sociale dell'anziano come esistenza di centri per gli anziani, banche del tempo, università della terza età e altre attività.

Tab. 3.3 - Strutture residenziali, posti letto e strutture che accolgono anche non autosufficienti, % di popolazione ultrasessantacinquenne, numero di anziani per struttura, anziani per posto letto e numero di strutture per kmq, per regione, anno 1998.

Regioni	Strutture non residenziali		Strutture residenziali e non		Etenzi		Posti letto		Strutture per kmq	
	n°	% sul totale delle strutture residenziali e non	% nazionale	n°	% nazionale	n° posti letto per struttura	% sul totale	n° posti letto per struttura	n° strutture per kmq	% sul totale
Piemonte	494	38,7	12,0	58.898	8,1	119,2	20,1	1.743	19,4	
Valle d'Aosta	30	47,6	0,7	122	0,0	4,1	18,5	738	9,2	
Lombardia	660	54,1	16,0	132.126	18,1	200,2	17,1	2.337	27,7	
Trentino Alto Adige	142	55,3	3,4	34.325	4,7	241,7	16,5	1.077	10,4	
Veneto	329	50,5	8,0	69.167	9,5	210,2	17,5	2.391	17,9	
Friuli Venezia Giulia	88	30,4	2,1	6.349	0,9	72,1	21,0	2.821	11,2	
Liguria	126	35,3	3,0	13.419	1,8	106,5	24,4	3.163	23,2	
Emilia Romagna	365	41,7	8,8	88.307	12,1	241,9	21,9	2.371	16,5	
Toscana	195	35,3	4,7	31.016	4,3	162,1	21,7	3.928	8,5	
Umbria	90	60,0	2,2	26.630	3,6	295,9	22,0	2.033	10,6	
Marche	186	57,2	4,5	19.717	2,7	106,0	21,0	1.645	19,2	
Lazio	393	67,1	9,5	131.815	18,1	335,4	16,7	2.233	22,8	
Abruzzo	131	68,6	3,2	18.288	2,5	139,6	19,6	1.909	12,1	
Molise	51	69,9	1,2	4.815	0,7	94,4	20,3	1.307	11,5	
Campania	141	54,9	3,4	15.574	2,1	110,5	13,4	5.486	10,4	
Puglia	169	54,0	4,1	18.951	2,6	112,1	14,8	3.571	8,7	
Basilicata	42	59,2	1,0	3.587	0,5	85,4	17,3	2.506	4,2	
Calabria	146	64,6	3,5	10.167	1,4	69,6	15,9	2.253	9,7	
Sicilia	218	40,4	5,3	36.009	4,9	165,2	15,8	3.699	8,5	
Sardegna	137	56,4	3,3	9.897	1,4	72,2	14,9	1.797	5,7	
ITALIA	4.133	48,5	100,0	729.779	100,0	176,6	17,7	2.465	13,7	

Fonte: cfr. tabella 3.2

Tab. 3.4 — Strutture residenziali, posti letto e strutture che accolgono anche non autosufficienti, % di popolazione ultrasessantacinquenne, numero di anziani per struttura, anziani per posto letto e numero di strutture per kmq, per regione, anno 1998.

Centro studi e Università	Strutture		Popoli		Popoli*		Popoli*	
	n°	% residente	n°	% residente	n° anziani per struttura	%	Popoli* su n° strutture	n° strutture per 1000 kmq
Piemonte	103	15,1	27.858	20,7	270,5	20,1	8.360	4,1
Valle d'Aosta	5	0,7	548	0,4	109,6	18,5	4.427	1,5
Lombardia	65	9,6	13.062	9,7	201,0	17,1	23.725	2,7
Trentino Alto Adige	55	8,1	11.058	8,2	201,1	16,5	2.782	4,0
Veneto	101	14,9	17.001	12,6	168,3	17,5	7.789	5,5
Friuli Venezia Giulia	25	3,7	12.080	9,0	483,2	21,0	9.928	3,2
Liguria	25	3,7	5.617	4,2	224,7	24,4	15.944	4,6
Emilia Romagna	58	8,5	12.667	9,4	218,4	21,9	14.920	2,6
Toscana	45	6,6	9.915	7,4	220,3	21,7	17.020	2,0
Umbria	20	2,9	3.957	2,9	197,9	22,0	9.148	2,4
Marche	32	4,7	4.715	3,5	147,3	21,0	9.563	3,3
Lazio	22	3,2	2.049	1,5	93,1	16,7	39.885	1,3
Abruzzo	16	2,4	2.609	1,9	163,1	19,6	15.629	1,5
Molise	2	0,3	206	0,2	103,0	20,3	33.339	0,5
Campania	18	2,6	2.634	2,0	146,3	13,4	42.970	1,3
Puglia	32	4,7	2.520	1,9	78,8	14,8	18.862	1,7
Basilicata	14	2,1	1.013	0,8	72,4	17,3	7.517	1,4
Calabria	7	1,0	436	0,3	62,3	15,9	46.992	0,5
Sicilia	23	3,4	2.075	1,5	90,2	15,8	35.056	0,9
Sardegna	12	1,8	2.731	2,0	227,6	14,9	20.515	0,5
ITALIA	680	100,0	134.751	100,1	198,2	17,7	14.985	2,3

Fonte: cfr. tabella 3.2

L'elaborazione del questionario ha presentato qualche difficoltà dovuta soprattutto a mancate risposte da parte di alcune regioni¹. In questi casi, infatti, non si è potuto attribuire ad una mancata risposta l'assenza delle strutture o dei servizi richiesti e quindi tali regioni non sono state confrontate con le altre. Inoltre molti dati (ad esempio quelli relativi alla copertura di territorio e alla percentuale di anziani cui erano diretti i servizi, o quelli relativi al tipo di finanziamento fornito) non sono stati utilizzati in quanto ritenuti non del tutto attendibili. In molte risposte si è riscontrato, infatti, oltre i casi di mancata risposta, una non piena comprensione della domanda e/o la non coerenza con le dichiarazioni fatte nel resto del questionario.

Dati i problemi riscontrati, l'analisi effettuata non è completa, ma si ha comunque una interessante conoscenza dell'offerta socio-sanitaria nelle regioni italiane.

¹La regione Friuli Venezia Giulia non ha fatto pervenire alcuna risposta.

3.4.2 Definizioni

– *Unità di valutazione geriatrica (UVG)*: unità operativa ospedaliera con degenza ordinaria, a ciclo diurno e competenze professionali specialistiche geriatriche, garantisce l'integrazione dei percorsi assistenziali per le persone anziane all'interno delle strutture ospedaliere. Utilizza un approccio multidimensionale ed elabora un piano individuale di assistenza, condiviso con il medico di medicina generale ed i servizi sociali, e atto a garantire continuità di cura tra ospedale e distretto. In questo contesto si decide in merito all'inserimento in strutture residenziali o l'approccio di tipo domiciliare.

– *Assistenza domiciliare*: può essere di tipo socio-assistenziale, nel caso in cui venga fornito un aiuto domestico (pasti a domicilio, igiene personale), di tipo sanitario, con una assistenza riabilitativa e infermieristica, accesso a domicilio del medico di Medicina Generale, o di tipo ADL. Costituisce l'assistenza preferita dall'anziano tipo è quella dell'assistenza domiciliare perché all'interno dell'ambiente fisico, sociale ed emozionale in cui è vissuto, riuscendo così a mantenere il rapporto con i propri spazi vitali e le proprie memorie

– *ADI*: l'assistenza domiciliare integrata è l'insieme di interventi che richiedono integrazione e che rispondono a bisogni specifici di tipo socio-sanitario sulla base di un piano unitario di assistenza e con l'apporto di competenze specialistiche. Questi interventi complessi si basano su una valutazione multidimensionale con strumenti omogenei e validati, adottati almeno su scala regionale, sulla elaborazione di un piano di assistenza sociosanitaria personalizzato, su di un programma di attuazione e sulla verifica periodica del piano di assistenza.

Nel caso l'anziano sia solo o senza alcun supporto sociale che gli consenta di essere assistito a domicilio deve poter usufruire di altri servizi, più o meno assistiti, in base al suo grado di autonomia. Si distinguono:

– *Alloggi con servizi di supporto*: comprendono tutte le possibili soluzioni abitative assistite per persone anziane con ridotta autonomia.

– *Assistenza intermedia*: si esplica con modalità semiresidenziale, diurne, ambulatoriali, da erogare in spazi e con personale ad hoc.

– *Casa albergo*: complesso di appartamenti predisposti per ricevere, per un periodo non superiore ad un anno, anziani autosufficienti, in condizioni di disagio sociale ed economico.

– *Casa di riposo (CR)*: struttura che garantisce prestazioni alberghiere e socializzanti.

– *Casa protetta (CP)*: diretta ad un'utenza autosufficiente e non, purché non bisognosa di prestazioni sanitarie ospedaliere. Sono garantiti all'interno servizio mensa, attività di relazione e attività diurne.

– *Centro diurno (CD)*: struttura semiresidenziale allocata nel distretto che accoglie, per i periodi definiti, persone anziane disabili e svolge attività ricreativa e/o socio-culturale. Fornisce inoltre servizi di ristoro e di pernottamento e costituisce anche punto di appoggio per i servizi di assistenza domiciliare. Assume caratteristiche organizzative e professionali collegate a particolari tipi di utenza quali, ad esempio, gli anziani affetti dalla malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza.

– *Comunità alloggio*: servizi generali comuni quali la cucina, la lavanderia, la emero-teca e di personale per l'aiuto domestico, rivolti ad anziani autosufficienti che non abbiano necessità di assistenza particolare.

– *Lungodegenza*: istituti o reparti con funzione ospedaliera di lungo degenza e riabilitazione estensiva.

– *Residenza assistenziale*: struttura residenziale sociale con prestazioni sanitarie, allocata nel distretto. Accoglie in modo permanente o temporaneo, persone anziane non autonome e non altrimenti assistibili a domicilio.

— *Residenza sanitaria assistenziale (RSA)*: struttura residenziale a valenza sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria, che garantisce lunga assistenza e riabilitazione espressa dagli anziani gravemente dipendenti non curabili a domicilio. Accoglie in modo permanente o temporaneo persone anziane non autonome e a ciclo diurno persone anziane non altrimenti assistibili a domicilio, per recuperare o mantenere il potenziale funzionale, senza allontanarle dall'ambiente familiare di appartenenza.

Nel caso in cui l'anziano non sia un soggetto bisognoso di cure e di assistenza, ma sia autonomo e attivo, occorre comunque attuare delle politiche di intervento per evitare l'isolamento e favorire un inserimento sociale. L'anziano deve, quindi, poter usufruire di strutture e servizi come:

- *Banche del tempo*: hanno il compito di riorganizzare il tempo libero dell'anziano per inserirlo in un contesto sociale di aiuto e sostegno;
- *Centro per anziani* (club, centri ricreativi,...): ambienti forniti di sussidi idonei per lo svolgimento di attività culturali e del tempo libero;
- *Possibilità di svolgere volontariato e lavori socialmente utili*;
- *Università della terza età*: struttura organizzata per la promozione culturale delle persone anziane.

3.4.3 Risultati

Nelle tabelle delle risposte al questionario si utilizzerà un'unica simbologia relativa a:

- | | |
|-------------|------------------------------------|
| m.r. | = mancata risposta |
| x | = presenza della modalità indicata |
| - | = assenza della modalità indicata |

Facendo riferimento al precedente Rapporto sulla condizione dell'anziano, occorre in primo luogo precisare che i risultati relativi all'offerta di servizi e strutture, non sono del tutto comparabili a causa della differente metodologia di rilevazione utilizzata. Infatti nel Rapporto sulla condizione dell'anziano del 1996-97 non è stata effettuata una rilevazione diretta tramite questionario, ma ogni regione ha fornito una relazione sulla situazione dell'assistenza e cura degli anziani, non utilizzando, però, una terminologia e dei parametri di valutazione dell'offerta standardizzati.

Le tabelle 3.5 e 3.6 riportano schematicamente la presenza o l'assenza di UVG, assistenza domiciliare, strutture, inserimento sociale e centri per particolari patologie senili. Nell'ultima colonna vengono riportate le frequenze delle modalità presenti, cioè l'offerta complessiva di ogni regione rispetto alla gamma di servizi e strutture considerati. È bene ribadire che nella tabella 3.5, relativa al precedente rapporto, il trattino "-" indica sia una mancata risposta, sia un'assenza di servizi e, quindi, non essendo distinguibili le due modalità non possiamo con precisione attribuire i cambiamenti riscontrati a effettive variazioni nel numero di servizi erogati.

Le regioni che spiccano per l'alto numero di servizi offerti sono la Liguria e l'Emilia Romagna; infatti già nel 1996/97 presentavano una frequenza di modalità elevata, pari rispettivamente a 12/16 e 10/16, e attualmente mostrano entrambe una frequenza di 15 modalità su 16, avendo introdotto l'università della terza età e dei centri per il trattamento del morbo di Alzheimer. Seguono queste due regioni la Toscana, la Lombardia e la Valle d'Aosta e la provincia autonoma di Trento.

Anche nel Centro-Sud si rilevano valori elevati ed è proprio in questa area geografica che si riscontra un miglioramento più marcato nell'offerta. Ad esempio la Puglia presenta

attualmente una frequenza di modalità pari a 13/16, contro quella del 1996/97 pari a 6/16, avendo introdotto ulteriori forme di assistenza domiciliare, strutture (CD e lungodegenza) e trattamenti di particolari forme di demenza senile. Non sono da meno l'Umbria¹ e la Sardegna in cui si sono registrate ben 8 e 7 modalità in più rispetto al precedente biennio.

Molto importante da notare è come quasi tutte le regioni si siano adeguate alla realtà attuale, creando al loro interno le Unità di Valutazione Geriatrica (soltanto 8 regioni ne erano fornite nel biennio 1996/97 contro la quasi totalità rilevata nel questionario), e dando vita a reparti o istituti per far fronte a particolari forme di demenza senile.

Tab. 3.5 – Quadro sinottico della situazione dell'assistenza e cura degli anziani nelle regioni, quale risulta dalla Relazione Biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano, anno 1996/97.

× : presente

- : assente o mancata risposta

REGIONI	Assistenza domiciliare							Strutture esistenti			Inserimento sociale				frequenza delle modalità presenti		
	Servizi di assistenza L.P.S.	Servizi socio-assist.	ADN	Assistenza infermieristica	Assistenza farmacia-convalescenza	Assistenza farmacia-convalescenza	Assistenza familiare	REI	CR	CD	Lungo degenza	CR	Case	Bariche del tempo		Assistenza terza età	Trattato di particolari psichiatrici (psichiatrici)
Piemonte	-	x	x	-	-	x	x	x	x	x	-	x	-	-	-	x	9/16
Valle d'Aosta	x	x	x	x	x	x	-	-	-	x	-	x	x	-	-	x	10/16
Lombardia	x	x	x	-	-	-	-	x	-	x	-	-	-	-	-	x	6/16
Bolzano	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	-	-	-	4/16
Trento	-	x	-	-	-	x	x	x	x	x	-	x	x	-	-	-	8/16
Veneto	x	x	x	-	-	x	x	x	-	x	-	x	-	-	-	-	8/16
Friuli-V.G.	-	x	x	x	-	x	x	x	x	-	-	x	-	-	-	-	8/16
Liguria	x	x	x	x	x	x	-	x	x	x	-	x	x	x	-	-	12/16
Emilia Romag.	x	x	x	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	10/16
Toscana	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	-	-	x	x	x	x	13/16
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	-	x	-	-	-	-	4/16
Marche	-	x	x	-	-	-	-	x	x	-	-	x	-	-	-	-	5/16
Lazio	-	x	x	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	8/16
Abruzzo	-	x	-	-	-	-	x	x	-	x	-	x	-	-	x	-	6/16
Molise	-	x	x	-	-	-	-	x	-	-	-	-	x	-	-	-	4/16
Campania	-	x	x	-	-	x	-	x	x	-	-	x	x	-	-	-	7/16
Puglia	-	x	-	-	-	x	-	x	x	-	-	x	x	-	-	-	6/16
Basilicata	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	5/16
Calabria	-	x	x	-	-	-	-	x	x	-	-	x	x	-	-	-	6/16
Sicilia	x	x	-	-	-	x	x	x	x	x	-	x	x	-	-	-	9/17
Sardegna	-	x	-	-	-	-	-	-	x	x	-	x	x	-	-	-	5/16

N.B.: il trattino - indica mancata risposta o assenza di servizi, non essendo distinguibili le due modalità

Nella griglia sono state comprese nelle CR (Case di Riposo) anche le microcomunità, le comunità alloggio e le case albergo.

Fonte: elaborazione propria su dati del Rapporto Biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano 1996-1997

Tab. 3.6 - Quadro sinottico della situazione dell'assistenza e cura degli anziani nelle regioni, quale risulta dalla Relazione Biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano, anno 1998/99.

x: presente

- : assente

m.r. : mancata risposta

Servizio socio-sanitario	Assistenza domiciliare							Strutture residenziali					Interventi sociali				
	UVG	Servizio socio-sanitario	UVG	Assistenza infermieristica	Assistenza farmaceutica	Assistenza dietetica	Assistenza sanitaria	RSI	CD	CD	Largo-degenza	CD	CD	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare
Piemonte	x	x	x	x	-	x	-	x	x	m.r.	-	x	x	-	x	x	11/16
Valle d'Aosta	x	x	x	x	-	x	x	-	x	x	-	x	x	-	x	x	12/16
Lombardia	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	-	-	x	x	x	x	13/16
Bolzano	-	x	x	x	x	x	x	m.r.	m.r.	x	m.r.	x	x	-	-	-	9/16
Trento	m.r.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	m.r.	x	-	x	x	13/16
Veneto	x	x	x	x	-	x	-	m.r.	m.r.	x	m.r.	x	x	-	x	x	10/16
Friuli-V.G.																	
Liguria	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	m.r.	x	x	x	x	x	15/16
Emilia Romagna	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	15/16
Toscana	x	x	x	x	x	x	x	x	m.r.	x	m.r.	m.r.	x	x	x	x	13/16
Umbria	x	x	x	x	x	-	-	x	x	-	m.r.	x	x	x	x	x	12/16
Marche	x	x	x	x	x	-	-	x	x	m.r.	m.r.	x	x	-	x	x	11/16
Lazio	x	x	x	x	-	-	-	x	m.r.	x	x	x	x	x	x	x	12/16
Abruzzo	x	x	x	x	x	-	-	x	m.r.	m.r.	x	m.r.	x	-	x	x	11/16
Molise	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	x	x	-	x	x	10/16
Campania	x	x	x	-	-	x	-	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	x	-	x	-	6/16
Puglia	x	x	x	x	x	x	-	m.r.	x	x	x	x	x	-	x	x	13/16
Basilicata	x	x	x	x	x	x	-	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	x	x	-	x	x	10/16
Calabria	x	x	x	x	x	-	-	m.r.	x	x	x	x	x	-	x	x	12/16
Sicilia	m.r.	x	x	x	-	x	x	m.r.	x	x	m.r.	x	x	-	x	-	10/16
Sardegna	m.r.	x	x	x	-	x	-	x	x	x	x	x	x	x	x	-	12/16

Fonte: elaborazione propria su dati del questionario

DETTAGLIO DI OGNI PARTE DEL QUESTIONARIO.

Nella tabella 3.7 si riporta il numero di Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) presenti nelle varie regioni alle date 1.7.1996, 1.7.1999 e quelle previste per il futuro. La rilevazione di questo dato è di estrema importanza in quanto le UVG sono lo

strumento più adeguato per comprendere le esigenze dell'anziano ed indirizzarlo verso l'assistenza più idonea. È uno strumento di valutazione multidimensionale pensato appositamente per l'anziano e indispensabile, quindi, nella realtà del nostro Paese.

Attualmente la Lombardia è la regione che presenta il più alto numero di UVG con 109 unità, a seguire il Veneto con 84 ed il Lazio con 61. Per le regioni in cui è possibile effettuare una analisi temporale, si evidenzia come la Puglia sia passata da 1 unità nel 1996 a ben 21 nel 1999 e dichiara di averne 5 in progetto. Allo stesso modo la Toscana è passata da 12 a 34 e l'Emilia Romagna da 45 a 51 unità.

Dal questionario risulta che, nella maggioranza delle regioni che hanno risposto, le UVG sono collocate all'interno delle A.S.L. e/o dei distretti; la decisione di questa localizzazione è stata presa a seguito di una presenza di strutture adeguate e/o di una forte domanda di servizi e/o in seguito ad una programmazione regionale (tabella 3.8).

Tab. 3.7 - Numero di Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) presenti al 1.7.96, al 1.7.99 e in progetto, per regione.

Regioni	Numero di UVG		
	1.7.96	1.7.99	in progetto
Piemonte	m.r.	22	0
Valle d'Aosta	4	4	0
Lombardia	m.r.	109	m.r.
Bolzano	0	0	0
Trento	m.r.	m.r.	11
Veneto	84	84	m.r.
Friuli Venezia Giulia			
Liguria	9	9	m.r.
Emilia Romagna	45	51	m.r.
Toscana	12	34	m.r.
Umbria	1	5	m.r.
Marche	m.r.	13	m.r.
Lazio	m.r.	61	m.r.
Abruzzo	1	4	25
Molise	7	6	4
Campania	m.r.	*	m.r.
Puglia	1	21	5
Basilicata	m.r.	5	m.r.
Calabria	3	15	m.r.
Sicilia	m.r.	m.r.	m.r.
Sardegna	m.r.	m.r.	m.r.

* La Campania non ha fornito una quantificazione, ma ha dichiarato di averne, anche se non tutte attivate.

Tab. 3.8 — **Motivi della localizzazione delle UVG all'interno delle A.S.L. e/o dei distretti, per regione***.

Regioni	Motivi della localizzazione		
	presenza strutture adeguate	forte domanda di servizi	programmazione regionale
Piemonte	-	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-
Lombardia	x	-	-
Bolzano			
Trento	x	-	-
Veneto	-	-	x
Friuli Venezia Giulia			
Liguria	x	x	-
Emilia Romagna	x	x	x
Toscana	-	-	x
Umbria	x	-	-
Marche	-	-	x
Lazio	-	x	-
Abruzzo	-	x	-
Molise	x	x	-
Campania	-	-	-
Puglia	x	x	-
Basilicata	x	-	x
Calabria	x	-	-
Sicilia			
Sardegna			

* Le regioni con le righe vuote, sono quelle che non hanno risposto alla domanda relativa alla presenza di UVG.

Fonte: cfr. tabella 3.6

In questa prima parte del questionario si è anche posta l'attenzione su quali figure professionali fossero presenti nelle UVG, per verificare la presenza di personale qualificato addetto alla cura e alla valutazione della condizione di salute delle persone anziane. La transizione demografica si accompagna, infatti, ad una transizione epidemiologica per cui emergono bisogni che richiedono competenze professionali specifiche.

Dalla tabella 3.9 si riscontra come le figure maggiormente presenti siano l'infermiere e l'assistente sociale. A seguire c'è la figura del geriatra e del medico di base e in alcuni casi vi è anche il terapeuta di riabilitazione e il medico specialistico.

Le regioni che presentano tutte e sei le tipologie di figure professionali menzionate, sono la Lombardia, la Liguria, la Toscana e la Basilicata. Comunque è interessante notare che dove non è presente la figura del geriatra è presente quella del medico di base o comunque di un medico specialistico e viceversa.

Tab. 3.9 — Figure professionali presenti nelle UVG, per regione*.

Regioni	Figure professionali presenti nelle UVG						Frequenza delle modalità presenti
	geriatria	medico di base	infermiere	terapisti	Assist. sociale	Specialista	
Piemonte	x	x	x	-	x	x	5/6
Valle d'Aosta	x	-	x	x	x	-	4/6
Lombardia	x	x	x	x	x	x	6/6
Bolzano							
Trento	-	x	x	x	x	x	5/6
Veneto	x	x	x	x	x	-	5/6
Friuli Venezia Giulia							
Liguria	x	x	x	x	x	x	6/6
Emilia Romagna	x	-	x	-	x	-	3/6
Toscana	x	x	x	x	x	x	6/6
Umbria	x	x	x	-	x	x	5/6
Marche	x	x	x	-	x	-	4/6
Lazio	-	-	x	x	x	x	4/6
Abruzzo	x	-	x	x	x	-	4/6
Molise	x	-	x	x	x	-	4/6
Campania	x	x	x	x	x	-	5/6
Puglia	x	x	x	x	x	x	6/6
Basilicata	x	-	x	x	-	x	4/6
Calabria	x	x	x	x	x	x	6/6
Sicilia							
Sardegna							

* Le regioni con le righe vuote, sono quelle che non hanno risposto alla domanda relativa alla presenza di UVG.

Fonte: cfr. tabella 3.6

Passiamo ora a considerare in quali regioni viene fornita l'assistenza domiciliare e con quali strumenti. L'assistenza domiciliare può essere prestata con servizio socio-assistenziale (aiuto domestico, igiene della casa e della persona, disbrigo delle commissioni, etc.), servizio sanitario (prestazioni mediche) e con servizio di assistenza socio-sanitaria integrata ADI (prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali, prestate al domicilio del paziente in forma integrata ed in collegamento con le UVG).

Tutte le regioni forniscono assistenza domiciliare, con i tre diversi tipi di servizi. Soltanto alcune regioni non prevedono l'impiego di una assistenza sanitaria, ma comunque presentano una assistenza di tipo ADI, come ad esempio il Piemonte, il Veneto, l'Abruzzo, la Campania e la Sicilia (tabella 3.10).

Per quanto riguarda gli strumenti utilizzati, nel questionario si fa riferimento all'assistenza infermieristica, a quella farmaceutica, al monitoraggio (telesoccorso, telecontrollo), all'erogazione di assegni alle famiglie che si prendono cura dell'anziano e ad un'assistenza personalizzata.

Dalla tabella 3.11 si nota come lo strumento più utilizzato per prestare assistenza domiciliare sia l'assistenza infermieristica, presente in tutte le regioni; a seguire il monitoraggio di cui sono sprovviste solo tre regioni: Umbria, Marche e Lazio. L'assistenza farmaceutica è un po' meno frequente accompagnata dall'assistenza personalizzata. La maggioranza delle regioni non fornisce un assegno di sostegno alle famiglie, infatti sono 11 le regioni che non prevedono questo aiuto economico, soprattutto dislocate nel Centro-Sud. Analizzando la frequenza di modalità presenti nelle regioni, si può notare come al Nord le stesse presentino la totalità o quasi degli strumenti indicati, mentre il caso opposto si rileva per la Campania che presenta, come unico strumento, il monitoraggio.

Tab. 3.10 — Tipo di assistenza domiciliare fornita nelle regioni.

Regioni	Tipo di assistenza			Frequenza delle modalità presenti
	acc. assistenziale	sanitaria	ADI	
Piemonte	x	-	x	2/3
Valle d'Aosta	x	x	sperimentazione	3/3
Lombardia	x	x	x	3/3
Bolzano	x	x	x	3/3
Trento	x	x	x	3/3
Veneto	x	-	x	2/3
Friuli Venezia Giulia				
Liguria	x	x	x	3/3
Emilia Romagna	x	x	x	3/3
Toscana	x	x	x	3/3
Umbria	x	x	x	3/3
Marche	x	x	x	3/3
Lazio	x	x	x	3/3
Abruzzo	x	-	x	2/3
Molise	x	x	x	3/3
Campania	x	-	x	2/3
Puglia	x	x	x	3/3
Basilicata	x	x	x	3/3
Calabria	x	x	x	3/3
Sicilia	x	-	x	2/3
Sardegna	x	x	x	3/3

Fonte: cfr. tabella 3.6

Tab. 3.11 — Strumenti utilizzati per fornire assistenza domiciliare nelle regioni.

Regioni	Strumenti utilizzati					Frequenza delle modalità presenti
	acc. infermieristica	acc. fis. meccanica	Monitoraggio	sezioni di cura	acc. personalizzata	
Piemonte	x	-	x	-	x	3/5
Valle d'Aosta	x	-	x	x	-	3/5
Lombardia	x	x	x	x	x	5/5
Bolzano	x	x	x	x	x	5/5
Trento	x	x	x	x	x	5/5
Veneto	x	-	x	-	-	2/5
Friuli Venezia Giulia						
Liguria	x	x	x	sperimentaz.	x	5/5
Emilia Romagna	x	x	x	x	x	5/5
Toscana	x	x	x	x	x	5/5
Umbria	x	x	-	-	x	3/5
Marche	x	x	-	-	-	2/5
Lazio	x	-	-	-	x	2/5
Abruzzo	x	x	x	-	-	3/5
Molise	x	x	x	-	-	3/5
Campania	-	-	x	-	-	1/5
Puglia	x	x	x	-	x	4/5
Basilicata	x	x	x	-	-	3/5
Calabria	x	x	-	-	-	2/5
Sicilia	x	-	x	x	-	3/5
Sardegna	x	-	x	-	x	3/5

Fonte: cfr. tabella 3.6

Dalla tabella 3.12 si nota come l'Abruzzo sia la regione che non attua alcun programma per aiutare l'anziano a restare tra le mura domestiche; anche la Lombardia, le Marche, la Campania e la Puglia non si distinguono molto da quest'ultima infatti offrono un unico intervento che si esplica in una maggiore fruibilità dei servizi.

La Valle d'Aosta, Bolzano e Trento, la Liguria, la Toscana, il Lazio e la Sardegna presentano tutte e quattro le modalità e ciò sta ad indicare come cerchino in modo maggiore di evitare che l'anziano ricorra ad un'assistenza in istituto, anche quando non ne ha bisogno.

Tab. 3.12 — Programmi in atto per allungare il più possibile la permanenza dell'anziano a domicilio, nelle regioni.

Regioni	Strumenti utilizzati				Frequenza delle modalità presenti
	fruibilità delle ass. e sanitari	Miglioramento	Riduzione ferr. arch.	fruibilità spazi pubbl. e privati	
Piemonte	x	-	x	x	3/4
Valle d'Aosta	x	x	x	x	4/4
Lombardia	x	-	-	-	1/4
Bolzano	x	x	x	x	4/4
Trento	x	x	x	x	4/4
Veneto	-	-	x	x	2/4
Friuli Venezia Giulia					
Liguria	x	x	x	x	4/4
Emilia Romagna	x	x	-	-	2/4
Toscana	x	x	x	x	4/4
Umbria	x	-	x	x	3/4
Marche	x	-	-	-	1/4
Lazio	x	x	x	x	4/4
Abruzzo	-	-	-	-	0/4
Molise	x	x	-	x	3/4
Campania	x	-	-	-	1/4
Puglia	x	-	-	-	1/4
Basilicata	x	-	x	x	3/4
Calabria	x	-	-	x	2/4
Sicilia	-	-	x	x	2/4
Sardegna	x	x	x	x	4/4

Fonte: cfr. tabella 3.6

A questo punto poniamo l'attenzione sulla tabella 3.13 che mostra diverse tipologie di strutture residenziali e non. In essa sono presenti:

- le residenze assistenziali sanitarie, strutture sanitarie residenziali gestite da soggetti pubblici o privati, finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie assistenziali di recupero funzionale e di inserimento sociale, nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o nei centri di riabilitazione. Sostanzialmente le R.S.A. hanno il preciso compito di fornire un livello medio di assistenza sia medica, infermieristica e riabilitativa.

Detto ciò si comprende quale sia l'importanza cruciale di questo tipo di strutture e la necessità della loro presenza su tutto il territorio nazionale. Dai dati del questionario si rileva, però, come queste ultime siano invece maggiormente presenti nel Centro-Nord: in Lombardia al 1999 se ne registrano 483, in Toscana 196 e nella stessa area geografica, alto è il numero delle R.S.A. in progetto: 74 per la Toscana, 65 per il Piemonte e 20 per le Marche.

Le regioni del Sud non hanno prevalentemente dato risposta ad eccezione del Molise con 15 R.S.A. in progetto e la Puglia con 9. Riguardo alle Isole solamente la Sardegna presenta attualmente 2 strutture e ne ha 1 in progetto.

- le case protette (CP) e le comunità alloggio, che offrono servizi generali comuni e sono dirette ad un'utenza autosufficiente e non, purché non bisognevole di prestazioni sanitarie ospedaliere.

Le prime offrono all'interno servizi come mensa e attività di relazione e socializzazione e sono strutture non molto diffuse a livello territoriale; infatti si rilevano soltanto in Piemonte (321), a Trento (197 e ben 140 in progetto), in Liguria (56), in Umbria (11), in Puglia(64), in Sicilia (18) e in Sardegna (36).

Le seconde sono maggiormente diffuse al Nord: in Piemonte se ne registrano 20, in Valle d'Aosta 39, in Lombardia 200, a Bolzano 150 e a Trento 14. Numerose anche in Toscana 158, Lazio 95 e Sardegna 93.

- i centri diurni (CD), che forniscono servizi di ristoro e di pernottamento e costituiscono anche punti di appoggio per i servizi di assistenza domiciliare, si presentano ancora maggiormente diffusi al Nord: 18 in Valle d'Aosta, 96 in Lombardia, 90 a Bolzano, 33 in Veneto, 40 in Liguria e 54 in Toscana. Il Lazio e la Sardegna rappresentano due casi isolati, rispettivamente con 488 e 66 strutture.
- gli istituti o i reparti per la lungodegenza che risultano generalmente poco diffusi. Se ne rilevano infatti soltanto 18 nel Lazio, 7 a Trento, 6 in Sardegna, 2 in Abruzzo ed 1 in Puglia, che però ne ha 6 in progetto.
- le case di riposo (CR), che hanno soprattutto una valenza sociale, sono le strutture più diffuse sul territorio: 429 strutture presenti in Piemonte, 312 nel Veneto, 138 nel Lazio, 94 in Puglia, 164 in Sicilia, 109 in Sardegna.

Tab. 3.13 - Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Case Protette (CP), Centri Diurni (CD), istituti o reparti per lungodegenza, Case di Riposo (CR) e club anziani e comunità alloggio alle date 1.7.96, 1.7.99 e in progetto, nelle regioni.

m.r. : mancata risposta

REGIONI	RSA			CP			CD			Istituti o reparti per lungodegenza			CR			Club anziani comunità alloggio		
	Al 1/7/96	Al 1/7/99	In progetto	Al 1/7/96	Al 1/7/99	In progetto	Al 1/7/96	Al 1/7/99	In progetto	Al 1/7/96	Al 1/7/99	In progetto	Al 1/7/96	Al 1/7/99	In progetto	Al 1/7/96	Al 1/7/99	In progetto
Piemonte	3	49	65	128	321	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	0	0	0	609	429	m.r.	7	20	m.r.
Valle d'Aosta	0	0	1	1	1	4	18	18	1	0	0	1	8	8	0	25	39	0
Lombardia	442	483	m.r.	0	0	0	42	96	m.r.	0	0	0	0	0	0	200	200	m.r.
Bolzano	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	76	90	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	64	65	m.r.	133	150	m.r.
Trento	m.r.	46	7	m.r.	197	140	m.r.	6	3	m.r.	7	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	14	9
Veneto	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	12	33	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	312	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.
Friuli-V.G.																		
Liguria	17	19	2	43	56	0	30	40	0	m.r.	m.r.	m.r.	201	220	0	m.r.	m.r.	m.r.
Emilia Romagna	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	m.r.	*	*	m.r.	*	*	m.r.
Toscana	175	196	74	m.r.	m.r.	m.r.	54	54	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	156	158	m.r.
Umbria	m.r.	7	5	m.r.	11	10	m.r.	0	12	m.r.	m.r.	m.r.	78	104	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.
Marche	m.r.	1	20	m.r.	2	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	134	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.
Lazio	m.r.	42	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	488	m.r.	m.r.	18	m.r.	m.r.	138	m.r.	m.r.	m.r.	95
Abruzzo	1	10	21	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	1	2	1	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.
Molise	0	0	15	0	0	25	0	0	0	0	0	0	21	23	0	0	1	1
Campania	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.
Puglia	m.r.	m.r.	9	44	64	m.r.	12	12	m.r.	1	1	6	76	94	m.r.	7	8	m.r.
Basilicata	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	22	26	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.
Calabria	m.r.	m.r.	m.r.	16	16	6	103	95	m.r.	4	4	m.r.	45	52	18	m.r.	m.r.	m.r.
Sicilia	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	18	m.r.	m.r.	17	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	164	m.r.	m.r.	17	m.r.
Sardegna	m.r.	2	1	m.r.	36	m.r.	m.r.	66	m.r.	m.r.	6	m.r.	m.r.	109	m.r.	m.r.	93	m.r.

* L'Emilia Romagna non ha fornito il dato relativo al numero di strutture bensì ai posti letto

Fonte: cfr. tabella 3.6

È interessante sottolineare come a livello nazionale si rilevi la presenza di istituti o reparti per il trattamento di particolari forme di demenza senile. Infatti queste strutture si distribuiscono in quasi tutte le regioni, ad eccezione della provincia autonoma di Bolzano, della regione Campania, della Sicilia e della Sardegna. Questo tipo di assistenza si effettua per lo più in reparti all'interno di altre strutture, ma esistono spesso anche degli istituti specifici (tabella 3.14). Alcune regioni hanno fornito ulteriori risposte come ad esempio la Valle d'Aosta, la Lombardia e la Liguria che prestano tele servizio all'interno di centri diurni, l'Umbria che facilita l'erogazione dei farmaci nelle A.S.L. e la Toscana che attua un piano di formazione per i familiari e per volontari.

Tab. 3.14 — **Presenza o meno di assistenza verso particolari forme di demenza senile, come ad esempio il morbo di Alzheimer, nelle regioni.**

Regioni		Assistenza a forme di demenza (Alzheimer) se si dove		
		Strutture specifiche	Reparti all'interno	Altro
Piemonte	sì	x	-	-
Valle d'Aosta	sì	-	-	CD
Lombardia	sì	-	x	ADI, CD
Bolzano	no			
Trento	sì	-	x	-
Veneto	sì	x	x	Nuclei maggiore intensità assistenziale
Friuli Venezia Giulia				
Liguria	sì	In attivazione	x	CD
Emilia Romagna	sì	-	x	-
Toscana	sì	x	x	Formazione familiari e volontari
Umbria	sì	-	-	Erogazione farmaci in A.S.L.
Marche	sì	x	x	-
Lazio	sì	-	-	In fase di organizzazione
Abruzzo	sì	x	x	-
Molise	sì	-	x	-
Campania	no			
Puglia	sì	-	x	ADI
Basilicata	sì	-	-	In fase di organizzazione
Calabria	sì	-	x	-
Sicilia	no			
Sardegna	no			

Fonte: cfr. tabella 3.6

L'inserimento sociale dell'anziano è una questione importante e molto delicata in quanto spesso gli anziani, anche se in buona salute, risentono di uno stato di malessere legato in molti casi ad un disagio psicologico. Nella tabella 3.15 si riportano gli interventi che potrebbero aiutare un anziano ad inserirsi socialmente ed a impiegare il proprio tempo libero. A tal proposito quasi tutte le regioni dispongono club per anziani, università della terza età e quasi tutte danno la possibilità di partecipare al volontariato e ai lavori socialmente utili. L'intervento sotto forma di banche del tempo, non trova grandi applicazioni, in quanto soltanto poche regioni come Lombardia, Liguria, Toscana, Umbria, Lazio e Sardegna prevedono questo tipo di attività per l'anziano.

Tab. 3.15 — Interventi in atto per affrontare le problematiche relative all'inserimento sociale dell'anziano.

Regioni	Inserimento sociale dell'anziano				Frequenza delle modalità presenti
	centro anziani	banche del tempo	università volontar.	lavori social. utili	
Piemonte	x	-	x	x	3/4
Valle d'Aosta	x	-	x	x	3/4
Lombardia	x	x	x	x	4/4
Bolzano	x	-	-	x	2/4
Trento	x	-	x	-	2/4
Veneto	x	-	x	x	3/4
Friuli Venezia Giulia					
Liguria	x	x	x	x	4/4
Emilia Romagna	x	-	x	x	3/4
Toscana	x	x	x	x	4/4
Umbria	x	x	x	x	4/4
Marche	x	-	x	x	3/4
Lazio	x	x	x	x	4/4
Abruzzo	x	-	x	-	2/4
Molise	x	-	x	x	3/4
Campania	x	-	x	x	3/4
Puglia	x	-	x	x	3/4
Basilicata	x	-	x	x	3/4
Calabria	x	-	x	x	3/4
Sicilia	x	-	x	x	3/4
Sardegna	x	x	x	x	4/4

Fonte: cfr. tabella 3.6

3.4.4. Conclusioni

Dalla nostra analisi si è evidenziato come quasi tutte le regioni stiano prendendo coscienza del fenomeno dell'invecchiamento e stiano cercando di adeguarsi alle esigenze di questa "nuova" popolazione.

Le regioni che sono risultate più fornite di strutture e servizi per l'anziano sono quelle del Nord, quali la Liguria, l'Emilia Romagna e la Lombardia. Ciò probabilmente è dovuto al fatto che tali regioni, sperimentando un alto livello di invecchiamento, hanno dovuto affrontare per prime questo tipo di problematiche.

Anche le regioni del Centro-Sud, però, sembrano incamminarsi lungo la strada di un'assistenza integrata e completa per l'anziano. Interessante da notare è il caso della Sardegna che, nell'arco di pochi anni, ha fatto notevoli passi avanti, sia nell'erogazione di servizi, sia nella costruzione e attivazione di strutture specifiche. Del resto, come evidenziato dal quadro demografico, la necessità di adeguamento è impellente, poiché la Sardegna sperimenterà una velocità di invecchiamento elevatissima, raggiungendo, nell'arco di 50 anni i livelli della Liguria.

La coesistenza di fattori sanitari, psicologici ed ambientali, alla base della salute dell'anziano, prevede una strategia basata su un intervento globale e su una piena integrazione tra comparto sociale e sanitario. L'eterogeneità della condizione anziana è tanto articolata e diversa nelle sue connotazioni, da richiedere una risposta flessibile e differenziata che si espliciti con interventi integrati e continuativi.

PAGINA BIANCA

APPENDICE

Tavola 1 - Numero medio di figli per donna* (TFT, tasso di fecondità totale), osservato e proiettato, nei paesi dell'Unione europea, in Giappone, Russia e USA, in Cina, India e Nigeria, 1950-2050 e variazione relativa nei cinquantenni 1950/2000 e 2000/2050.

Paesi	Tasso di fecondità totale					Variazione percentuale	
	1950/55	1975/80	2000/05	2025/30	2045/50	1950/2000	2000/2050
Austria ^b	2,1	1,6	1,3	1,3	1,3	-38,8	0,0
Belgio ^b	2,3	1,7	1,5	1,5	1,5	6,0	0,0
Danimarca ^b	2,5	1,7	1,5	1,5	1,5	-42,1	0,0
Finlandia ^b	3,0	1,6	1,5	1,6	1,6	-48,1	3,9
Francia ^b	2,7	1,9	1,6	1,6	1,6	-42,1	-1,3
Germania ^b	2,2	1,5	1,2	1,2	1,2	-44,4	0,0
Grecia ^b	2,3	2,3	1,2	1,3	1,3	-48,5	11,0
Irlanda ^b	3,4	3,5	1,7	1,7	1,7	-49,7	0,0
Italia ^b	2,3	1,9	1,1	1,2	1,2	-50,9	2,6
Lussemburgo ^b	2,0	1,5	1,5	1,4	1,4	-24,2	-8,0
Paesi Bassi ^b	3,1	1,6	1,4	1,5	1,5	-53,3	2,1
Portogallo ^b	3,0	2,4	1,3	1,4	1,4	-58,9	8,8
Spagna ^b	2,6	2,6	1,1	1,2	1,2	-59,1	12,4
Svezia ^b	2,2	1,7	1,4	1,6	1,6	-36,7	13,6
Regno Unito ^b	2,2	1,7	1,5	1,5	1,5	-31,2	0,0
Giappone ^b	2,8	1,8	1,3	1,4	1,4	-52,0	2,3
Russia ^b	2,5	1,9	1,3	1,3	1,3	-50,2	0,0
USA ^m	3,5	1,8	1,9	1,9	1,9	-44,1	-1,6
Cina ⁿ	6,2	3,3	1,8	1,9	1,9	-70,4	3,3
India ⁿ	6,0	4,8	2,7	2,1	2,1	-54,8	-22,2
Nigeria ⁿ	6,0	6,9	4,7	2,7	2,1	-21,7	-55,3

* Come già spiegato nel paragrafo 1.1 si è scelto, per ogni paese, il tasso di fecondità che più si avvicina all'ipotesi di fecondità costante.

Legenda ^b Ipotesi di variante bassa
^m Ipotesi di variante media
ⁿ Ipotesi di variante alta

Fonte: elaborazione propria su dati ONU (World Population Prospects: The 1998 Revision)

Tavola 2 - Speranza di vita alla nascita, osservata e proiettata, per il genere maschile, nei paesi dell'Unione europea, in Giappone, Russia e USA, in Cina, India e Nigeria, 1950-2050 e variazione relativa nei cinquantenni 1950/2000 e 2000/2050.

Paesi	MASCHI					Variazione percentuale	
	Speranza di vita alla nascita					1950/2000	2000/2050
	1950/55	1975/80	2000/05	2025/30	2045/50		
Austria	63,2	68,5	74,5	77,3	79,0	17,9	6,0
Belgio	65,0	69,1	74,6	77,4	79,1	14,8	6,0
Danimarca	69,6	71,3	73,5	76,0	77,9	5,6	6,0
Finlandia	63,2	68,0	74,0	78,0	79,6	17,1	7,6
Francia	63,7	69,7	75,0	77,5	79,1	17,7	5,5
Germania	65,3	69,0	74,7	77,5	79,1	14,4	5,9
Grecia	64,3	71,7	76,1	78,4	80,0	18,4	5,1
Irlanda	65,7	69,6	74,6	78,4	80,0	13,5	7,2
Italia	64,3	70,4	75,8	78,2	79,8	17,9	5,3
Lussemburgo	63,1	68,2	74,1	77,2	78,9	17,4	6,5
Paesi Bassi	70,9	72,1	75,5	77,9	79,5	6,5	5,3
Portogallo	56,9	66,7	72,8	76,2	78,1	27,9	7,3
Spagna	61,6	71,4	75,3	77,8	79,4	22,2	5,4
Svezia	70,4	72,3	77,1	79,8	81,4	9,5	5,6
Regno Unito	66,7	69,7	75,3	77,8	79,4	12,9	5,4
Giappone	62,1	72,8	77,2	79,2	80,8	24,3	4,7
Russia	62,5	61,9	61,3	69,5	73,3	-1,9	19,6
USA	66,2	69,4	74,2	77,3	79,0	12,1	6,5
Cina	39,3	64,5	69,1	74,1	76,7	75,8	11,0
India	39,4	53,3	63,5	70,0	73,0	61,2	15,0
Nigeria	35,0	43,4	49,0	60,5	67,0	40,0	36,7

Fonte e nota: cfr. tavola 1

Tavola 3 - Speranza di vita alla nascita, osservata e proiettata, per il genere femminile, nei paesi dell'Unione europea, in Giappone, Russia e USA, in Cina, India e Nigeria, 1950-2050 e variazione relativa nei cinquantenni 1950/2000 e 2000/2050.

Paesi	FEMMINE Speranza di vita alla nascita					Variazione percentuale	
	1950/55	1975/80	2000/05	2025/30	2043/50	1950/2000	2000/2050
Austria	68,4	75,7	80,7	83,1	84,7	18,0	5,0
Belgio	70,2	75,7	81,1	83,4	85,0	15,5	4,8
Danimarca	72,4	77,3	78,8	81,3	83,1	8,8	5,5
Finlandia	69,6	76,6	81,4	84,4	86,0	17,0	5,7
Francia	69,5	77,8	82,5	84,6	86,2	18,7	4,5
Germania	69,6	75,5	80,7	83,1	84,7	15,9	5,0
Grecia	67,5	75,8	81,2	83,5	85,1	20,3	4,8
Irlanda	68,2	74,6	80,2	83,5	85,1	17,6	6,1
Italia	67,8	76,9	81,7	83,9	85,5	20,5	4,7
Lussemburgo	68,9	75,3	80,7	83,1	84,7	17,1	5,0
Paesi Bassi	73,4	78,6	81,2	83,5	85,1	10,6	4,8
Portogallo	61,9	73,8	79,6	82,4	84,1	28,6	5,7
Spagna	66,3	77,4	82,0	84,1	85,7	23,7	4,5
Svezia	73,3	78,3	81,6	84,3	85,9	11,3	5,3
Regno Unito	71,8	76,0	80,6	83,0	84,6	12,3	5,0
Giappone	65,9	78,2	83,3	85,3	86,9	26,4	4,3
Russia	70,5	73,1	73,2	77,6	80,5	3,8	10,0
USA	72,0	77,2	80,6	83,0	84,6	11,9	5,0
Cina	42,3	66,3	73,5	78,7	81,3	73,8	10,6
India	38,0	52,4	64,9	73,4	76,9	70,8	18,5
Nigeria	38,0	46,6	51,6	63,4	71,0	35,8	37,6

Fonte e nota: cfr. tavola 1

Tavola 4 – Percentuale di popolazione di età 0-19, 45-64, 65 e più sulla popolazione totale, osservata e proiettata, e indice di vecchiaia nei paesi dell'Unione europea, in Giappone, Russia e USA, in Cina, India e Nigeria, anno 2000.

Paesi	Percentuale di popolazione				Indice di vecchiaia
	0-19	40-64	45-64	65+	
Austria	23,0	62,3	23,7	14,7	64,0
Belgio	22,9	60,4	24,4	16,7	73,0
Danimarca	22,9	61,9	26,2	15,2	66,6
Finlandia	24,4	60,6	26,8	14,9	61,0
Francia	25,2	58,9	23,4	15,9	63,4
Germania	21,0	62,6	26,0	16,4	78,0
Grecia	21,3	60,7	24,3	17,9	84,0
Irlanda	29,8	58,8	21,1	11,4	38,2
Italia	19,2	62,6	25,5	18,2	94,9
Lussemburgo	23,5	61,9	24,4	14,4	61,4
Paesi Bassi	23,8	62,4	24,8	13,8	58,1
Portogallo	22,7	61,5	23,4	15,8	69,5
Spagna	20,6	62,3	22,5	17,1	82,8
Svezia	23,7	58,9	25,9	17,5	73,7
Regno Unito	24,8	59,1	24,2	16,1	64,8
Giappone	20,6	62,4	28,3	17,1	83,1
Russia	26,2	61,3	23,7	12,5	48,0
USA	28,4	59,0	22,4	12,5	44,0
Cina	32,7	60,4	18,5	6,8	20,9
India	43,4	51,7	14,5	5,0	11,5
Nigeria	54,2	42,7	10,2	3,0	5,6

*L'indice di vecchiaia è calcolato come: $(P_{65+}/P_{0-19}) \cdot 100$

Fonte e nota: cfr. tavola 1

Tavola 5 - Popolazione ultrasessantenne in migliaia, osservata e proiettata, nei paesi dell'Unione europea, in Giappone, Russia e USA, in Cina, India e Nigeria, nel periodo 1950-2050 e variazione percentuale nei cinquantenni 1950/2000 e 2000/2050.

Paesi	Valori in migliaia					Variazione percentuale	
	1950	1975	2000	2025	2050	1950/2000	2000/2050
Austria	1.070	1.532	1.650	2.430	2.639	54,2	59,9
Belgio	1.379	1.874	2.206	3.039	3.041	60,0	37,9
Danimarca	572	948	1.069	1.505	1.432	86,9	34,0
Finlandia	407	731	1.028	1.611	1.547	152,6	50,5
Francia	6.790	9.627	12.126	17.333	18.813	78,6	55,1
Germania	9.983	16.072	19.063	25.534	25.902	91,0	35,9
Grecia	754	1.573	2.547	3.108	3.366	237,8	32,2
Irlanda	439	492	570	974	1.363	29,8	139,1
Italia	5.764	9.649	13.885	17.744	16.990	140,9	22,4
Lussemburgo	43	67	84	130	140	95,3	66,7
Paesi Bassi	1.159	2.066	2.909	4.855	4.879	151,0	67,7
Portogallo	880	1.305	2.067	2.619	3.038	134,9	47,0
Spagna	3.063	5.121	8.622	11.490	13.043	181,5	51,3
Svezia	1.048	1.723	2.002	2.811	2.893	91,0	44,5
Regno Unito	7.854	11.034	12.345	16.962	17.730	57,2	43,6
Giappone	6.437	13.048	29.289	39.909	39.429	355,0	34,6
Russia	9.393	18.252	27.182	34.460	40.472	189,4	48,9
USA	19.728	32.601	45.675	82.539	97.009	131,5	112,4
Cina	41.572	64.336	128.986	288.437	439.584	210,3	240,8
India	20.098	38.489	77.250	168.133	323.856	284,4	319,2
Nigeria	1.218	2.421	5.450	10.380	28.356	347,5	420,3

Fonte e nota: cfr. tavola 1

Tavola 6 – Percentuale di ultrasessantenni sulla popolazione totale, osservata e proiettata, nei paesi dell'Unione europea, in Giappone, Russia e USA, in Cina, India e Nigeria, nel periodo 1950-2050 e variazione percentuale nei cinquantenni 1950/2000 e 2000/2050.

Paesi	Composizione percentuale				Variazione percentuale		
	1950	1975	2000	2025	2050	1950/2000	2000/2050
Austria	15,4	20,2	20,1	30,9	42,5	30,6	110,8
Belgio	16,0	19,1	21,7	31,7	38,6	36,2	77,3
Danimarca	13,4	18,7	20,3	30,4	35,2	51,3	73,8
Finlandia	10,2	15,5	19,9	31,9	35,4	95,8	77,9
Francia	16,2	18,3	20,5	29,6	36,4	26,6	77,2
Germania	14,6	20,4	23,2	33,1	40,1	59,1	72,6
Grecia	10,0	17,4	24,0	32,0	44,1	140,4	84,2
Irlanda	14,8	15,5	15,3	23,3	33,4	3,5	118,3
Italia	12,2	17,4	24,3	35,6	46,2	98,5	90,2
Lussemburgo	14,5	18,5	19,5	29,6	38,1	34,5	95,3
Paesi Bassi	11,4	15,1	18,5	31,4	37,8	61,5	104,6
Portogallo	10,5	14,4	21,0	28,6	40,7	100,4	94,0
Spagna	10,9	14,4	21,8	31,9	47,0	99,4	115,5
Svezia	14,9	21,0	22,5	31,7	36,8	50,7	63,3
Regno Unito	15,5	19,6	21,0	29,9	36,6	35,7	74,0
Giappone	7,7	11,7	23,2	34,3	42,9	200,9	85,2
Russia	9,2	13,6	18,5	26,3	39,5	101,6	113,0
USA	12,5	14,8	16,4	25,4	27,8	31,3	69,2
Cina	7,5	6,9	10,1	19,5	29,7	34,7	194,6
India	5,6	6,2	7,6	12,6	21,2	34,9	179,6
Nigeria	4,0	4,2	4,9	5,7	11,6	23,5	136,7

Fonte e nota: cfr. tavola 1

Tavola 7 - Popolazione ultraottantenne in migliaia, osservata e proiettata, nei paesi dell'Unione europea, in Giappone, Russia e USA, in Cina, India e Nigeria, nel periodo 1950-2050 e variazione percentuale nei cinquantenni 1950/2000 e 2000/2050.

Paesi	Valori in migliaia				Variazione percentuale		
	1950	1975	2000	2025	2050	1950/2000	2000/2050
Austria	81	175	267	442	810	229,6	203,4
Belgio	125	223	363	556	926	190,4	155,1
Danimarca	52	122	216	290	421	315,4	94,9
Finlandia	30	62	177	312	477	490,0	169,5
Francia	699	1.299	2.245	3.440	5.696	221,2	153,7
Germania	682	1.706	2.968	5.414	8.299	335,2	179,6
Grecia	78	189	372	672	973	376,9	161,6
Irlanda	44	60	99	169	318	125,0	221,2
Italia	510	1.068	2.288	3.883	5.787	348,6	152,9
Lussemburgo	4	8	12	23	40	200,0	233,3
Paesi Bassi	102	271	522	862	1.595	411,8	205,6
Portogallo	83	130	307	494	778	269,9	153,4
Spagna	292	601	1.491	2.380	3.987	410,6	167,4
Svezia	106	221	445	642	900	319,8	102,2
Regno Unito	748	1.333	2.461	3.355	5.287	229,0	114,8
Giappone	376	1.186	4.629	10.424	12.090	1.131,1	161,2
Russia	962	1.664	2.863	4.314	7.964	197,6	178,2
USA	1.801	4.690	9.100	13.551	26.914	405,3	195,8
Cina	1.559	5.105	11.533	30.704	99.602	639,8	763,6
India	922	1.920	6.320	17.112	46.999	585,5	643,7
Nigeria	56	120	362	972	2.754	546,4	660,8

Fonte e nota: cfr. tavola 1

Tavola 8 — Percentuale di ultraottantenni sulla popolazione totale, osservata e proiettata, nei paesi dell'Unione europea, in Giappone, Russia e USA, in Cina, India e Nigeria, nel periodo 1950-2050 e variazione percentuale nei cinquantenni 1950/2000 e 2000/2050.

Paesi	Composizione percentuale				Variazione percentuale		
	1950	1975	2000	2025	1950	1950/2000	2000/2050
Austria	1,2	2,3	3,3	5,6	13,0	179,1	299,8
Belgio	1,4	2,3	3,6	5,8	11,7	147,3	228,1
Danimarca	1,2	2,4	4,1	5,9	10,4	236,2	152,9
Finlandia	0,7	1,3	3,4	6,2	10,9	357,4	218,5
Francia	1,7	2,5	3,8	5,9	11,0	127,6	189,7
Germania	1,0	2,2	3,6	7,0	12,8	262,6	255,2
Grecia	1,0	2,1	3,5	6,9	12,8	239,4	264,6
Irlanda	1,5	1,9	2,7	4,0	7,8	79,4	193,2
Italia	1,1	1,9	4,0	7,8	15,7	269,6	293,0
Lussemburgo	1,4	2,2	2,8	5,2	10,9	106,5	290,6
Paesi Bassi	1,0	2,0	3,3	5,6	12,3	229,4	272,8
Portogallo	1,0	1,4	3,1	5,4	10,4	215,6	234,5
Spagna	1,0	1,7	3,8	6,6	14,4	261,7	281,0
Svezia	1,5	2,7	5,0	7,2	11,4	231,1	128,6
Regno Unito	1,5	2,4	4,2	5,9	10,9	183,9	160,3
Giappone	0,4	1,1	3,7	9,0	13,2	714,0	259,4
Russia	0,9	1,2	2,0	3,3	7,8	107,4	297,9
USA	1,1	2,1	3,3	4,2	7,7	186,5	135,7
Cina	0,3	0,6	0,9	2,1	6,7	221,2	646,6
India	0,3	0,3	0,6	1,3	3,1	141,8	393,1
Nigeria	0,2	0,2	0,3	0,5	1,1	78,0	247,2

Fonte e nota: cfr. tavola 1

PER SAPERNE DI PIÙ

- Barbagli M., *Provando e riprovando*, 1990.
- Barbagli M., Saraceno C., *Lo stato delle famiglie in Italia*, Bologna: Il Mulino, 1997.
- Barbagli M., *Sotto lo stesso tetto*, il Mulino, 1984.
- Bernardini S., *Anziani e Welfare*, Forum n. 8/9/cultura.
- Bernardini S., *La sfida all'inclusione*.
- Borawski E. A., Kinney J., Kahana E., *The Meaning of Older Adults, Health Appraisal: Congruence With Health Status and Determinant of Mortality*, Journal of Gerontology, Social Sciences, 1996, 51B, (3), 157-170.
- Camera dei Deputati, Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, *Indagine sulla riforma dell'assistenza sociale*, doc. XXI n. 2/1, 9 settembre 1998.
- Caselli G., Vallin J., *Dinamica della popolazione: movimento e struttura*, Roma, Dipartimento di scienze demografiche.
- Censis, *Rapporto Censis-Area Life sulla previdenza in Italia*, il Sole 24 ORE S.p.A., 1999.
- Centro Studi e Ricerche sulla Famiglia, *Le trasformazioni della famiglia italiana*, a cura di P. Donati e E. Scabini; Milano 1984.
- CNR, *Lo stato di salute degli anziani in Italia*, Contributo del sottoprogetto 2 e sottoprogetto 5 del Progetto Finalizzato Invecchiamento e del Progetto Strategico sull'invecchiamento del CNR.
- Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, 1998, *Indagine sulla riforma dell'assistenza sociale - l'assistenza ai non autosufficienti: azione pubblica e meccanismi di mercato*, Atti Parlamentari- XIII legislatura, Camera dei Deputati, Doc. XXI n.2/1
- Cornaglia Ferraris P., *Curarsi da soli grazie ad Internet* su La Repubblica, Numero 165, Anno 24.
- De Vincenti C. (a cura di), *Gli anziani in Europa, Sistemi sociali e modelli di welfare a confronto*, IX Rapporto CER-SPI; Laterza, 2000.
- De Vincenti C., Gabriele S. (a cura di), *I mercati di qualità sociale. Vecchi e nuovi modelli di consumo*, VIII Rapporto CER-SPI; Laterza, 1999.
- Di Stefano et al., *Residenze sanitarie assistenziali; Difesa sociale*, n.6, 1997.
- Dooghe G., 1992b, *The Aging of the Population in Europe*. Centrum Bevolkings-en Gezinsstudien (CBGS), Ministerie Vlaamse Gemeenschap, Brussels.
- Eurostat, *Population and social conditions*, Statistics in focus; Europea Communities, theme 3 - 14/1999.
- FNP-CISL, *Anziani 98. Tra uguaglianza e diversità*, Secondo Rapporto sulla condizione della persona anziana, Edizioni Lavoro Roma 1999.
- FNP-CISL, *I servizi sociali per la persona anziana*, OggiDomani Anziani, anno VII n.4, 1994.
- FNP-CISL, *La rete degli aiuti informali agli anziani*, OggiDomani Anziani, anno XI n.2, 1998.
- FNP-CISL, *OggiDomani Anziani*, anno IX n.1, 1996.

- FNPI-CISL, *OggiDomani Anziani*, anno XII n.2, 1999.
- FNPI-CISL, *Un sindacato popolare per la società degli anni 2000*, a cura di Pillitteri, *OggiDomani Anziani*, anno XIII n.1, 2000.
- Frey L., *I pensionati e i trasferimenti di reddito a fini sociali nel Mezzogiorno*, in *Il benessere degli anziani*, Ceres e FNPI-CISL, anno IV, n. 8-9, agosto-settembre 1998.
- Frey L., *Il paradosso ignorato nelle proposte sull'età di pensionamento in Italia: voler elevare l'età di pensionamento e contemporaneamente ridurre l'occupazione delle persone avanti nell'età*, in *Il benessere degli anziani*, Ceres e FNPI-CISL, anno IV, n. 2, febbraio 1998.
- Frey L., *L'uso del tempo da parte degli anziani in Italia*, in *Il benessere degli anziani*, Ceres e FNPI-CISL, anno III, n. 4-5, aprile-maggio 1997.
- Frey L., *Le incerte prospettive dell'offerta di lavoro da parte delle persone avanti nell'età in Italia, alla luce di scenari recenti a medio/lungo termine basati su dati Eurostat*, in *Il benessere degli anziani*, Ceres e FNPI-CISL, anno V, n. 3, marzo 1999.
- Frey L., *Le pensioni di anziani e di invalidità nelle regioni italiane all'inizio del 1998*, in *Il benessere degli anziani*, Ceres e FNPI-CISL, anno V, n. 4, aprile 1999.
- Frey L., Livraghi R., *Pensioni e pensionati in Italia a metà anni '90*, in *Il benessere degli anziani*, Ceres e FNPI-CISL, anno IV, n. 5-6-7, maggio-luglio 1998.
- Frey L., *Verso una strategia formativa organica e articolata in favore degli anziani in Italia*, in *Il benessere degli anziani*, Ceres e FNPI-CISL, anno II, n. 1-2, gennaio-febbraio 1996.
- Frey L., *Il capitale umano delle persone avanti nell'età in Italia*, in *Il benessere degli anziani*, Ceres e FNPI-CISL, anno V, n. 7, luglio 1999.
- Gesano G., *Vecchi e senza figli: un popolo in estinzione?*, in *National Geographic Italia*, n. 4, ottobre 1998.
- Golini A., Bruno P., *Tendenze demografiche, invecchiamento della popolazione e ambiente*, ENEA, 1997.
- Golini A., Bruno P., Calvani P., *Aspetti e problemi dell'invecchiamento della popolazione*, CNR-IRP, monografie 8/1997.
- Golini A., *Anziani*, estratto dal volume I della enciclopedia delle Scienze Sociali Treccani, 1991.
- Golini A., *la popolazione del Pianeta*, Il Mulino 2000
- Golini A., B. Buldo, *Essere vedovi e vedove in Italia*, in *Dinamiche e differenze delle strutture familiari*, di *Le Famiglie interrogano le politiche sociali*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali, marzo 1999
- Golini A., Calvani P., 1997, *Relazioni tra percezione della salute, malattie croniche e disabilità*, IRP-CNR, Working Paper n. 2.
- Golini A., *Conference on status of the older population: prelude to the 21st century*, Sion, Switzerland, 13-15 december 1999.
- Golini A., De Simoni, *Tre scenari per il possibile sviluppo della popolazione delle regioni italiane al 2049 (base 1999)*, inedite, 1999.
- Golini A., *Quale transizione demografica in Europa?* Convegno su: Famiglia, generazioni e politiche sociali. Roma, 10-11 maggio 1996.
- Heikkinen E., 1987, *Health implications of Population Aging in Europe*, *World Health Statistical Quarterly*, 40 (1): 22-40.

- IRP, 1999, *Gli anziani e la salute*, Demotrends n. 2/1999, CNR-IRP.
- Istat, *Annuario statistico italiano*, 1999.
- Istat, *Anziani in Italia*, Il Mulino, 1997.
- Istat, *Indagine Multiscopo sulle famiglie, Famiglia, abitazioni, servizi di pubblica utilità*, Anno 1996.
- Istat, *Indagine Multiscopo sulle Famiglie: I disabili*, Vol. 11: 9, 1994;
- Istat, *Indagini Multiscopo sulle famiglie. Stili di vita e condizioni di salute. Anni 1993-1994*. Serie Argomenti, 2, 1996.
- Istat, *Musica, sport, computer e altre attività del tempo libero*, Anno 1995.
- Istat, *NoteRAPIDE*, anno 4 n.9, 14 luglio 1999.
- Istat-Inps, *Il sistema pensionistico italiano, beneficiari e prestazioni*. Anno 1999.
- Livraghi R., *Conseguenze economiche e sociali dell'invecchiamento progressivo della popolazione*, in *Il benessere degli anziani*, Ceres e FNP-CISL, anno II, n. 12, dicembre 1996.
- Merolla L., *La nascita della FNP CISL*, Edizioni Lavoro Roma, 1998.
- Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica, 1998, *Relazione Generale sulla situazione economica del paese*, Volume I e II
- ONU, *World Population Prospects: The 1998 Revision*.
- Population Division of the United Nations, 2000, *Replacement Migration: Is it A Solution to Declining and Ageing Populations?*, New York.
- Population et Sociétés, *Les revenus des retraités*, Paris, Ined, Avril 2000.
- Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali, *Le famiglie interrogano le politiche sociali*, Atti del convegno; Bologna 29-30-31 marzo 1999.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali, *Relazione biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano, 1996-1997*.
- Saporit A., Sgritta G.B., *La staffetta. Anziani e giovani: una ricerca della Fnp Cisl sui rapporti generazionali*, Edizioni Lavoro Roma, 1997.
- Saraceno C., *Sociologia della famiglia*, il Mulino 1988.
- Shanas E., Maddox G.L., *Health, health resources, and the utilization of care*. In Binstock R.H. e Shanas E. (eds.) *Handbook of Aging and the Social Science*, 696-720, 1985.
- Spitze e Logan, 1990, Dykstra, 1993.
- Tendenze nuove, *Sanità e Salute nel Terzo Millennio*, Materiali di Lavoro su Sanità e Salute della Fondazione Smith Kline, gennaio/febbraio 2000.
- Tinghino A. et al., *Il sistema pensionistico in Italia e sue ripercussioni sulla spesa pubblica*; Difesa sociale, n. 6, 1997.
- UIL Pensionati, *Lavorare da anziani e da pensionati*; Geroldi G. (diretta da) inedita.
- Who, *The Public Health Aspects of the Aging of the Population*, World Health Organization, 1959.
- Zanatta, *Le nuove famiglie*, 1997.
- Zuliani A., *La disabilità in Italia: scenario epidemiologico e sociale*, Istat, 1999.