

Per quanto riguarda il rapporto tra politiche sociali e nazionali si rileva la mancata definizione dei livelli minimi di prestazioni sociali, che rende i servizi ed i diritti sociali assolutamente incerti.

La maggior parte delle imprese sociali lavora su convenzioni annuali e ciò limita gli investimenti.

Un'altra buona prassi riguarda un modello di intervento messo in atto da una rete di circa 40 comuni che ha la finalità di stabilizzare la spesa sociale tramite un'organizzazione associata».

4.3.2 Prato

Maria Luigia Stancari (Assessore diritti, programmazione e interventi sociali di Prato):

«Prato è caratterizzato da un tessuto di medie e piccole imprese artigianali ed industriali, la crisi del settore tessile qui è giunta prima della crisi nazionale. La richiesta di aiuto è altissima. Prato fino a pochi anni fa era considerata una città ricca, ma oggi si trova in una condizione di forte crisi, dove 1 lavoratore su 4 è disoccupato, 10 mila posti di lavoro dipendente persi negli ultimi anni e migliaia di aziende artigiane che hanno cessato l'attività, dunque non si rivolgono ai servizi sociali solo i lavoratori dipendenti che hanno perso il lavoro ma anche il piccolo artigiano, che ha perso il lavoro o ha una pensione molto bassa.

Si è rilevata un'altra emergenza che è quella della casa. L'anno scorso Prato è stata la città che ha avuto la più alta percentuale di sfratti per morosità in Italia, avevamo 747 sfratti per morosità.

Un altro aspetto cruciale è quello degli anziani non autosufficienti. Siamo in un percorso di trasformazione radicale, dobbiamo avere le capacità di dare risposte adeguate. Ci sono povertà vecchie e nuove.

Prato ha 187 mila abitanti e la provincia 250 mila abitanti, dunque una piccola realtà, per la quale abbiamo messo in atto le Borse Lavoro, mettendo a disposizione i nostri fondi comunali ed attuando un Protocollo di Intesa con gli altri comuni, la provincia e l'Asl. Si propongono percorsi di formazione e di inserimento lavorativo da 3 a 6 mesi, che hanno attestato fino al 60-70% di assunzioni dirette, ovviamente non più nel tessile, ma volgendosi verso forme di lavoro flessibile. Ciò è stato sostenuto economicamente dalla Provincia di Prato che è riuscita ad avere un finanziamento europeo di 1 milione di euro per il sostegno al reddito, tramutati in voucher formativi dati ai disoccupati che non hanno ammortizzatori sociali. Nel 2008 siamo riusciti a fare 296 inserimenti lavorativi.

Un'altra iniziativa è la sperimentazione delle Società della Salute, per il settore socio-sanitario, che in area toscana è stata legiferata nel novembre scorso, ciò ha dato la possibilità a 7 comuni di lavorare insieme.

Per il discorso casa si è avuto un aumento esponenziale di richieste di case popolari, Prato è una città che aveva un benessere molto diffuso e dunque ha a disposizione un esiguo numero di case popolari. Dal 2007 stiamo lavorando molto sul sistema urbanistico, abbiamo costruito, insieme alle cooperative, 150 alloggi popolari ed istituito un'agenzia sociale che fa da tramite tra il proprietario e l'utente, una sinergia che sta dando buoni frutti. Abbiamo chiuso tutti i residences non dignitosi e messo insieme 23 alloggi per l'emergenza alloggiativa.

Un altro discorso importante è quello della non autosufficienza, abbiamo una legge regionale che attraverso le Società della Salute viene messa in atto; è importante anche la

definizione nazionale dei livelli essenziali di assistenza sociale, una carenza che ha delle pesanti conseguenze locali.

E' stato attuato un taglio del 30% dei finanziamenti alle regioni riguardo al sociale. Abbiamo avuto delle profonde difficoltà di bilancio sia per i tagli sia per i ritardi, abbiamo avuto 2 milioni e mezzo di euro in meno rispetto all'Ici, che avevamo incassato nel 2007».

Idalia Venco (Caritas di Prato) :

«Il lavoro di rete è fondamentale in questa situazione di crisi. Come tutte le Caritas della Toscana siamo collegati in rete con un programma ed abbiamo un Osservatorio che tutti gli anni fa una pubblicazione, tramite un contributo della regione Toscana, che viene messa in relazione con le realtà locali per una lettura multidimensionale.

Prato ha subito e subisce tuttora una crisi del tessile iniziata già dal 2004 che è aumentata nel tempo.

Nel 2003 presso i centri di ascolto della Caritas si contavano 1.494 colloqui, nel 2008 sono aumentati a 5.600, nel primo trimestre del 2009 ci sono stati per gli italiani 1.264 colloqui (di cui 81 nuove presenze), per le persone immigrate 2.675 (di cui 387 nuove presenze). Tra le persone prese in carico dalla Caritas si attesta un aumento della presenza femminile (60%). L'utenza caratterizzata dagli immigrati ha un'età media che va dai 25 ai 34 anni, l'utenza italiana dai 35 ai 55 anni.

I nuovi richiedenti sono persone che fino a poco tempo prima avevano una stabilità economica. Molto spesso la povertà genera altre povertà del disagio all'interno dello stesso nucleo familiare, poiché la crisi economica si tramuta in una crisi di relazione che porta spesso a separazioni o divorzi ed una serie di problematiche. Molto spesso non c'è conoscenza dei servizi dell'assistenza sociale.

Per rispondere a questi bisogni nel 2003 il nostro Vescovo ha creato un Fondo per le famiglie che non possono accedere ad altri ammortizzatori sociali. In questi 5 anni abbiamo fatto interventi per 400 mila euro.

Inoltre abbiamo creato l'Emporio Caritas insieme al comune, provincia e Fondazione Cassa di Risparmio di Prato, dove le persone possono fare la spesa, i prodotti sono donati dai supermercati, prodotti che non possono essere messi sui banchi perché vicini alla scadenza o da ditte che hanno prodotti che non adoperano più. Con questo sistema abbiamo recuperato prodotti che andavano persi, ciò ha dato la possibilità a 500 famiglie di procurarsi i prodotti alimentari e a 100 madri di recuperare prodotti per la prima infanzia, tutto ciò tramite una tessera di 100 punti di un valore di 100 euro, donata dalla Regione. Progetto che dà dignità e risorse. Progetto gestito da un'associazione di volontariato.

Ci sono prodotti che devono essere consumati entro 24 ore, questi prodotti vengono messi a disposizione dalla Pira o mensa per i poveri.

Prato presenta un alto tasso di immigrazione interna, ci sono 13 immigrati regolarmente soggiornanti ogni 100 residenti».

4.3.3 Macerata

Giulio Lambertucci (Coordinatore dell'ambito territoriale sociale n.16-Macerata):

«Mi occupo di politiche sociali, il mio ambito comprende 15 comuni con un numero di abitanti dalle 20.000 alle 800 unità, una diversificazione significativa.

La regione Marche nel 2008 ha svolto una conferenza regionale sulle politiche di inclusione sociale, ha avviato un tavolo di concertazione con tutti i soggetti del terzo settore per analizzare insieme in modo integrato questa tematica. Di recente (2006) c'è stata una delibera regionale attraverso la quale si istituiranno dei tavoli provinciali che dovranno operare con dei programmi attuativi di intervento per questo settore. Il prossimo piano sociale triennale comunale verrà reso attivo a fine 2009.

Stiamo cercando di superare alcune problematiche territoriali attraverso Piani di intervento individualizzati, che mirano ad associare ai sovrabbondanti contributi economici i percorsi di reinserimento sociale, un nuovo approccio attuato tramite gli uffici di promozione sociale, che intervengono localmente.

E' prossima l'attivazione del microcredito con il coinvolgimento della banche di credito cooperativo, e la collaborazione con il terzo settore, soprattutto con Banco Alimentare, per l'erogazione di banchi alimentari.

Si attestano interventi sempre più incisivi del terzo settore.

Nelle realtà urbane si è evidenziato un aumento della domanda di servizi e di erogazioni monetarie, mentre nelle realtà periferiche si attestano incrementi di furti e suicidi, riconducibili a situazioni di isolamento ed abbandono. Tra i meccanismi generatori ovviamente la crisi economica e il mutamento della famiglia tipo, aumentano single, famiglie monoparentali e ricostituite. Mutamento che deve trovare una risposta istituzionale.

Se riusciamo a gestire l'integrazione sociale dei soggetti immigrati, per noi il fenomeno immigrazione diventa indubbiamente una risorsa.

Il Piano sociale regionale impone delle linee operative metodologiche che devono essere messe in atto dai comuni e dal territorio. Si privilegia il lavoro di rete e deve essere pianificato un piano per l'inclusione sociale che non esiste formalmente.

Per quanto riguarda l'argomento politiche sociali e nazionali, ovviamente è necessario il potenziamento della sussidiarietà verticale, molto spesso si assiste ad una sovrapposizione di compiti tra i vari livelli istituzionali, il comune la provincia e le regione devono attuare interventi diversi ma integrati che non si devono sovrapporre. E' necessario valorizzare i percorsi virtuosi e la sussidiarietà verticale, e cioè la costituzione di reti locali, incentivandole economicamente».

Emanuele Ranzuglia (Caritas-Osservatorio delle povertà-Macerata):

«Riporto un progetto Caritas "Rete Nazionale". Nasce nel 2003 con l'obiettivo di rivalutare i luoghi pastorali dell'azione Caritas, come il Centro di ascolto, l'Osservatorio delle povertà e delle risorse, il Laboratorio diocesano per la promozione delle Caritas parrocchiali, che lavorano in sinergia.

I dati provenienti dal lavoro di questi tre luoghi Caritas sono diffusi tramite vari dossier, tra cui il Dossier Statistico presentato in collaborazione con la Fondazione Zancan. Un dossier che riporta studi regionali sulla povertà, gli obiettivi: promuovere a livello locale l'informazione, scegliere in maniera più oculata i progetti a più ampio respiro e diffondere nell'opinione pubblica una sensibilità diffusa.

Porto una fotografia delle persone povere. Abbiamo tre grandi gruppi: i poveri classici o cronici, le persone che si trovano in uno stato di vulnerabilità e gli immigrati.

Per poveri classici o cronici intendiamo le famiglie numerose, le famiglie con 5 o più componenti, che attestano un'incidenza di povertà maggiore rispetto alla media di oltre tre punti, che aumenta se ci sono minori in famiglia. Inoltre si includono in questa fascia le famiglie dove ci sono degli anziani, dove l'incidenza è quasi doppia rispetto alla media nazionale. Nella mia realtà diocesana l'incidenza della popolazione anziana è circa il 22%, pari a 30 mila persone su un totale di circa 140 mila, sopra alla media nazionale

(19,44%). Un dato in aumento. Noi abbiamo spesso difficoltà nel contattare queste persone.

L'altra fascia sono le famiglie vulnerabili, i prossimi poveri, famiglie di età giovane, che fino a poco tempo fa si trovavano in una situazione di benessere economico, ma che stanno vivendo una situazione di precarietà lavorativa per cessazione del contratto di lavoro o in cassa integrazione. Abbiamo avuto un incremento nelle Marche di questa tipologia, che rappresenta il 25% delle famiglie residenti (analisi attuata solo sulle famiglie italiane che si rivolgono alla Caritas). Un dato che sta aumentando in modo vertiginoso.

Rileviamo una difficoltà di inserimento lavorativo mai rilevata prima. Anche l'offerta di lavori domestici è scesa drasticamente. Molti giovani attestano un ritorno alla famiglia d'origine per le difficoltà economiche, ciò ha generato varie difficoltà relazionali ed economiche.

Si rileva un aumento del gioco di azzardo, che viene svolto molto spesso da capofamiglia in cassa integrazione o con problematiche economiche.

Un altro dato è il ricorso all'alcool da parte delle persone che si trovano in un'improvvisa difficoltà economica.

La maggior parte delle persone che si rivolge alla Caritas ha un'età media di 30 anni e un titolo di studio basso (media inferiore).

Nel 2008 ci siamo trovati a dover assistere molte famiglie con problemi di sfratto e chiusura delle utenze (acqua, gas, etc.). Casi in forte aumento. In alcuni casi siamo riusciti ad evitare gli sfratti.

Per quanto riguarda la fascia degli immigrati (80% utenti), per la maggior parte provengono dall'Europa orientale, ma ci sono anche immigrati provenienti da Afghanistan, Pakistan e Nigeria. In media il loro titolo di studio è più alto rispetto all'utenza italiana, il 60% ha il permesso di soggiorno, l'età media si attesta intorno ai 25-30 anni, per la maggior parte coniugati e 2/3 si trovano in uno stato di disoccupazione. Nel 2008 il 10% dell'utenza era senza fissa dimora.

Le donne risultano essere i soggetti più vulnerabili, che si affidano completamente alla Caritas. In aumento le donne con i minori.

Le richieste: consulenze legali, consulenze contro lo sfruttamento del lavoro, richieste di lavoro, cure sanitarie, alloggio, protezione dalle violenze (richiesta dalle donne).

Come interveniamo: attraverso il centro di ascolto accogliamo la persona, dopo aver capito le necessità individuamo le risposte, e valutiamo se possono essere soddisfatte dalla Caritas o da altri enti pubblici.

Non sempre si attesta un lavoro di rete, per esempio non c'è un collegamento o collaborazione tra la Caritas ed il Comune. Oggi è soprattutto il pubblico che si rivolge a noi, per le carenti risorse economiche, un rinvio in forte aumento e noi non riusciamo a tener testa a queste elevate richieste.

Cosa offriamo: beni materiali, consulenze, servizi di accoglienza (con numeri limitati), progetti personalizzati volti all'inclusione sociale ed unità mobili».

Antonio Casole (Associazione Centro di ascolto Porto Potenza Picena):

«Condivido ciò che è stato detto perché le problematiche e le necessità sono comuni a tutti. Noi siamo una piccola associazione che ha svolto un progetto con il Sert (Servizio tossicodipendenze) con il quale abbiamo sottoscritto un protocollo d'intesa tramite il quale si è stabilita una stretta collaborazione anche per l'accoglienza dei tossici, abbiamo organizzato alcuni convegni sul disagio giovanile e sulle opportunità di uscita. Abbiamo realizzato progetti con il Centro servizi di volontariato per la popolazione scolastica. Abbiamo realizzato un corso annuale, con interventi di volontari Caritas, per il

sostentamento scolastico e la conoscenza del territorio. Supportiamo 63 ragazzi della scuola media secondaria e 48 della scuola primaria.

Supportiamo i ragazzi disabili per l'accompagnamento a scuola, che non hanno un supporto pubblico, poiché il comune demanda il compito alla provincia e viceversa.

Manca la comunicazione tra pubblico e associazionismo.

Riteniamo che le politiche sociali dovrebbero essere riformulate per contrastare il disagio povertà, soprattutto una politica di sostentamento alla famiglia e alla casa.

Siamo in contatto con un'associazione di alcoolisti che supportiamo.

Nel 2006 è stato istituito, per volontà della Caritas, un Tavolo regionale per contrastare la povertà estrema e si attueranno a breve 5 Tavoli provinciali.

Il disagio grave di norma viene delegato all'opera delle associazioni private.

Si è pensato di assegnare il Rmi, ma ciò non ha avuto un seguito.

La regione dovrebbe prestare maggiore attenzione alle politiche di inclusione attraverso interventi integrati e dunque valorizzare il ruolo degli operatori territoriali, monitorare lo stato di attenzione delle politiche e gli interventi sul territorio, definire i criteri amministrativi delle prestazioni sul territorio, predisporre risorse economiche maggiori. Noi non siamo sostenuti economicamente dai comuni. Per il Patto di stabilità i comuni possono attivarsi e programmare aiuti.

La regione Marche è caratterizzata da un forte flusso di immigrazione. Ci sono circa 3000 immigrati il 43% viene assistito, il 20% ha un lavoro regolare mentre gli altri vivono di espedienti.

La Regione Marche ha istituito un tavolo regionale per contrastare la povertà ed ha suggerito valide metodologie di azione».

Hanno inoltre partecipato alle audizioni Enza Di Schiena e Alba Pistillo, in rappresentanza dell'Ufficio Migrantes - Casa Accoglienza di Andria (Puglia), che hanno illustrato alla Commissione importanti problematiche della realtà locale e alcuni aspetti dei compiti assolti dall'ufficio; e il Dott. Mauro Lamatina, funzionario della Direzione centrale di Polizia, il quale ha esposto alcune osservazioni sulle tensioni presenti a livello nazionale e sulla esistenza di alcune problematiche sociali a livello locale connesse alla crisi in atto.

PAGINA BIANCA

Parte III

Povertà e salute

PAGINA BIANCA

5. Povertà e salute nell'età anziana: conoscenza e politiche

5.1 Premessa

Chi sta peggio in ricchezza, conoscenza e potere sta peggio anche in salute. Nella misura in cui queste disuguaglianze non sono legate alla predisposizione genetica ma sono determinate da processi sociali solo parzialmente controllabili dalle scelte della persona, allora possono essere considerate ingiuste e modificabili con adeguate misure politiche di contrasto. La natura e l'intensità di queste misure politiche dipende dal tipo di meccanismo di generazione delle disuguaglianze di salute che le politiche stesse intendono contrastare a livello individuale, di gruppo e di contesto, distinguendo tra i meccanismi che producono stratificazione sociale, quelli che aumentano la probabilità di esposizione a fattori di rischio ambientali, psico-sociali e comportamentali, quelli che aggravano la vulnerabilità limitando l'accesso agli aiuti e alle cure, quelli per i quali la condizione di malattia favorisce l'impoverimento. Queste sono le principali conclusioni a cui è giunto il rapporto CIES 2007 (CIES, 2008) su salute e povertà. Tuttavia la maggior parte delle prove scientifiche su cui è fondata la letteratura sulle disuguaglianze sociali di salute riguarda la popolazione adulta; la popolazione anziana è rimasta ai margini della ricerca epidemiologica e sociale, ancorché sia quella più colpita dal carico di malattia, di disabilità e di sofferenza. Questo capitolo del Rapporto CIES 2009 intende riassumere quello che si sa sul rapporto tra povertà e salute nell'età anziana e valutarne le implicazioni per le politiche e per la ricerca.

5.2 Salute e stratificazione sociale: gli indicatori

Nella maggior parte degli studi le disuguaglianze sociali di salute dell'anziano variano molto di intensità al variare degli indicatori utilizzati per misurare la posizione sociale e per misurare la salute, e al variare delle fasce di età considerate, del genere e della popolazione. Questa variabilità non stupisce se si considera che questa ampia categoria degli anziani comprende larghe fasce di popolazione che anche in età anziana rimangono in condizioni di pieno benessere e controllo delle proprie capacità fisiologiche e cognitive, insieme a persone e gruppi che sono invece in condizioni di grave vulnerabilità, perché esposti al declino funzionale, alla malattia, all'istituzionalizzazione e alla perdita dei propri cari, e quindi privati del supporto familiare e sociale proprio nel momento di maggior bisogno. Di seguito si riassumeranno i principali risultati disponibili in letteratura, con una particolare attenzione agli studi di comparazione che permettono di inquadrare la situazione italiana nel contesto dell'Europa (Mackenbach et al., 2005; Mackenbach et al., 2008; Börsch-Supan et al., 2005).

Tra le variabili di stratificazione sociale occorre far ricorso a quelle che sono disponibili di volta in volta nei sistemi di studio utilizzati, pur riconoscendo che ogni indicatore ha pregi e limiti nella capacità di classificazione della posizione sociale dell'anziano:

- a. il titolo di studio e il possesso di beni, come la casa, sono quelle più facilmente disponibili, ma presentano anche una bassa variabilità presso le generazioni più anziane;

- b. l'ultima professione svolta e il reddito sono raramente disponibili, se non su indagini ad hoc;
- c. gli indicatori di stato civile e di tipologia familiare colgono alcuni aspetti del sistema di legami forti disponibili alla persona, anche se spesso classificano solo le relazioni tra le persone conviventi; inoltre la convivenza in una famiglia, soprattutto in studi trasversali, non è indipendente dallo stato di salute della persona, e, quindi, non si sa definire chi causa cosa.

Per quanto riguarda gli indicatori di salute, è opportuno considerare le seguenti dimensioni:

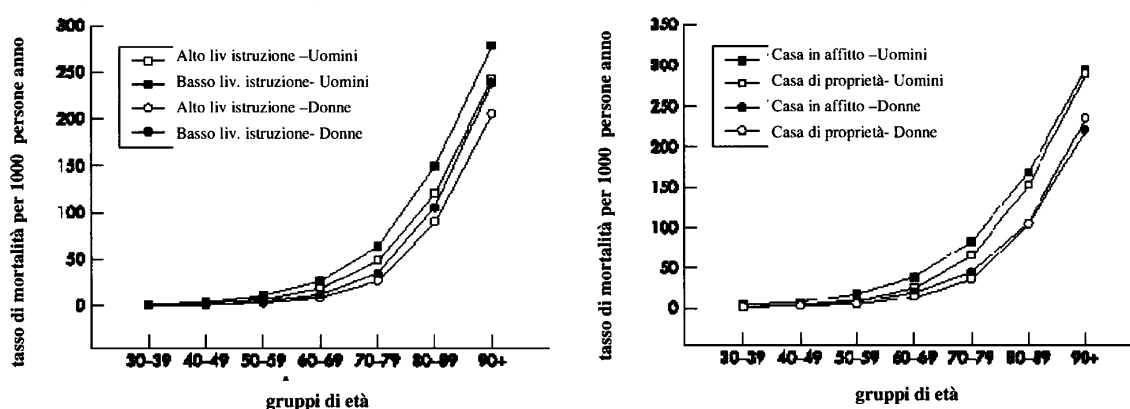
- d. la mortalità, che continua ad essere una misura di salute obiettiva e confrontabile; in più essa è articolabile in cause di malattia che aiutano a comprendere i meccanismi di generazione delle disuguaglianze; ma essa non è in grado di rappresentare tutti gli anni vissuti in condizioni di malattia e di riduzione delle capacità della persona;
- e. gli indicatori di salute percepita colmano in parte questa lacuna cogliendo gli aspetti multidimensionali della salute, da quella fisica a quella funzionale e dell'adattamento alla situazione; si tratta di indicatori validi, riproducibili e capaci di predire la mortalità e la capacità funzionale oltre che il grado di indipendenza; tuttavia, per la loro natura soggettiva, essi sono influenzati dalle differenze culturali tra generazioni, generi, gruppi sociali, paesi e, pertanto, si prestano poco ai confronti;
- f. gli indicatori di morbosità cronica riferita come diagnosticata da un medico sono ancora parzialmente influenzabili dalla matrice culturale, ma risultano più ancorati ad un bisogno di salute espresso e nosologicamente codificato;
- g. tra gli anziani è indispensabile esplorare anche la capacità di funzionamento nella vita quotidiana; la misura più utilizzata è quella che si ottiene chiedendo alla persona quante difficoltà incontra a svolgere concreti compiti della vita quotidiana (ADL), o chiedendo ad un professionista di osservare e misurare queste difficoltà nel mentre che il soggetto esegue il compito (test di *performance*); la prima misura è di nuovo soggettiva ma, se ben formulata, è meno sensibile alle variazioni culturali di quanto non siano le altre misure soggettive, e risulta poco onerosa da rilevare; la seconda è una misura obiettiva ma raramente disponibile per i suoi costi di osservazione;
- h. per scopi eziologici è di interesse misurare le differenze di esposizione ai fattori di rischio che fanno da intermediari diretti tra la stratificazione sociale e l'effetto di salute; questi cosiddetti determinanti prossimali della salute includono i comportamenti insalubri (fumo, alcool, dieta squilibrata, sedentarietà), i fattori di rischio psico-sociale (stress cronico, eventi critici) e i fattori di rischio esterni dell'ambiente di vita (barriere e pericoli nella casa e nell'ambiente di vita), oltre che le caratteristiche biologiche che sono predittive di un rischio per la salute (obesità, ipercolesterolemia...);
- i. di un certo interesse sono le relazioni che intercorrono tra questi diversi indicatori di salute nella traiettoria di vita; il rapporto CIES 2007 si è già occupato della parte di questa storia che mette in collegamento la stratificazione sociale con la probabilità di essere esposti ad uno di questi fattori di rischio i quali a loro volta conducono alla malattia; la parte della storia che deve ancora essere raccontata è quanto queste differenze sociali

nell'insorgenza di problemi di salute nell'adulto si traducano nell'anziano in differenze sociali nella cronicizzazione, nella disabilità o nella morte.

5.3 Le differenze sociali nella mortalità degli anziani

Nei paesi europei in cui le differenze sociali di mortalità sono state messe a confronto⁵¹, le differenze assolute nei tassi di mortalità tra le persone meno e più istruite o tra quelle senza e con l'abitazione in proprietà tendono a crescere con l'età, a causa dell'aumento con l'età del valore del tasso di mortalità (Figura 5.1).

Fig. 5.1 - Mortalità generale per livello di istruzione e titolo di godimento dell'abitazione in Europa negli anni Novanta. Tassi grezzi * 1000 in entrambi i sessi, per fasce di età



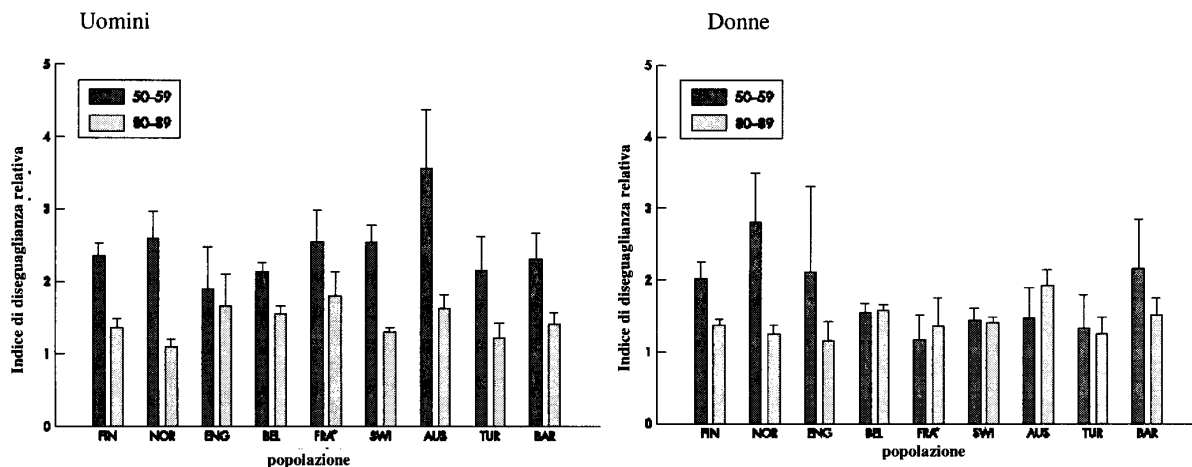
Fonte: Huisman et al., 2004

Peraltro, se queste stesse variazioni per età nelle disuguaglianze di mortalità si osservano su scala relativa, quella del rapporto tra i tassi di mortalità dei meno istruiti sui più istruiti, si osserva che le differenze relative sono di minore intensità tra le persone di 80-89 anni rispetto a quelle di 50-59 anni, soprattutto tra gli uomini (Figura 5.2).

⁵¹ In questo studio comparativo sui dati di mortalità (Huisman et al., 2004), l'Italia è rappresentata solo dalla Città di Torino, l'unica che disponeva di un sistema di osservazione longitudinale comparabile a quella degli altri dieci paesi messi a confronto.

Fig. 5.2 - Differenze di mortalità per istruzione in Europa negli anni Novanta

Indice di disuguaglianza relativa per sesso, fasce di età e paese di residenza.

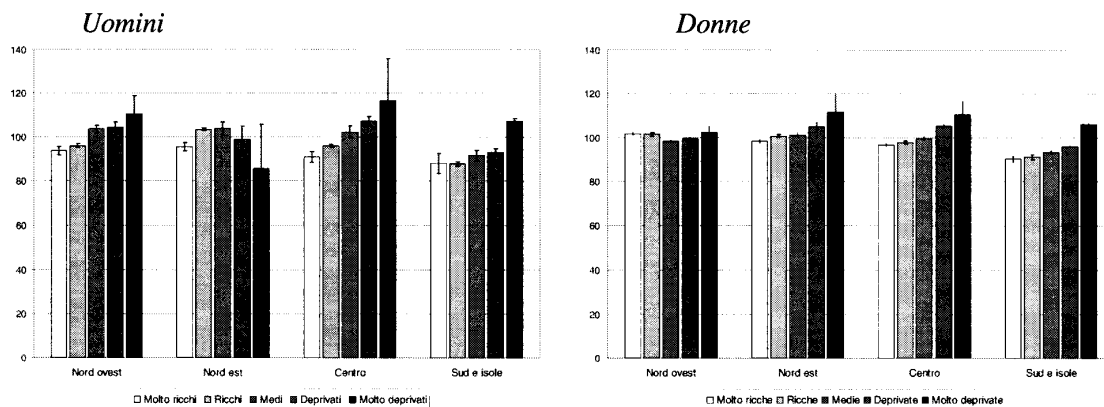


Fonte: Huisman et al., 2004

Dunque le disuguaglianze sociali di mortalità con l'invecchiamento tendono a diminuire sulla scala relativa, e ad aumentare su quella del rischio assoluto. Si era già visto nel rapporto CIES 2007 che il contributo delle specifiche cause di morte a queste disuguaglianze tra gli adulti variava al variare dell'area geografica: i paesi del Nord Europa erano più colpiti dalle disuguaglianze nelle malattie cardiovascolari e quelli del Sud Europa erano maggiormente interessati dalle disuguaglianze nei tumori e nelle malattie dell'apparato digerente. Tuttavia quando questa scomposizione per cause delle disuguaglianze di mortalità viene disarticolata per età, emerge che nelle fasce più anziane in tutti i paesi europei le malattie che spiegano maggiormente le disuguaglianze di mortalità sono quelle cardiovascolari e quelle respiratorie (Huisman et al., 2005a).

La situazione italiana non è esplorabile con nessun sistema di studio adeguato. I due studi trasversali condotti sulla mortalità nei mesi successivi ai due censimenti del 1981 e del 1991 mostravano disuguaglianze relative decrescenti con l'età, conformemente all'atteso; ma i due studi presentavano severi problemi di incompletezza nel *follow-up* (Istituto Nazionale di Statistica, 1990; Istituto Nazionale di Statistica, 2001). Una fonte alternativa di studio della mortalità differenziale è quella dell'analisi di correlazione tra indice di condizione sociale e mortalità a livello comunale. Dalla Figura 5.3 risulta che la mortalità media tra gli anziani nei comuni cresce con il livello di deprivazione medio del comune in tutte le ripartizioni geografiche e in entrambi i generi; le differenze relative sono tuttavia di dimensione modesta, anche a causa dell'errore ecologico pronunciato di cui soffre questo genere di studi in Italia per via della taglia variegata dell'aggregato comunale (Caranci e Costa, 2009). Le disuguaglianze di mortalità sembrano più intense nelle regioni centro-meridionali, fatto che potrebbe essere dovuto ad una maggiore vulnerabilità alla povertà negli anziani in quelle regioni caratterizzate da una maggior disuguaglianza di distribuzione del reddito, risultato riscontrato anche da altri autori, soprattutto tra le donne, in un'analisi di correlazione tra reddito e mortalità su scala provinciale (Materia et al., 2005).

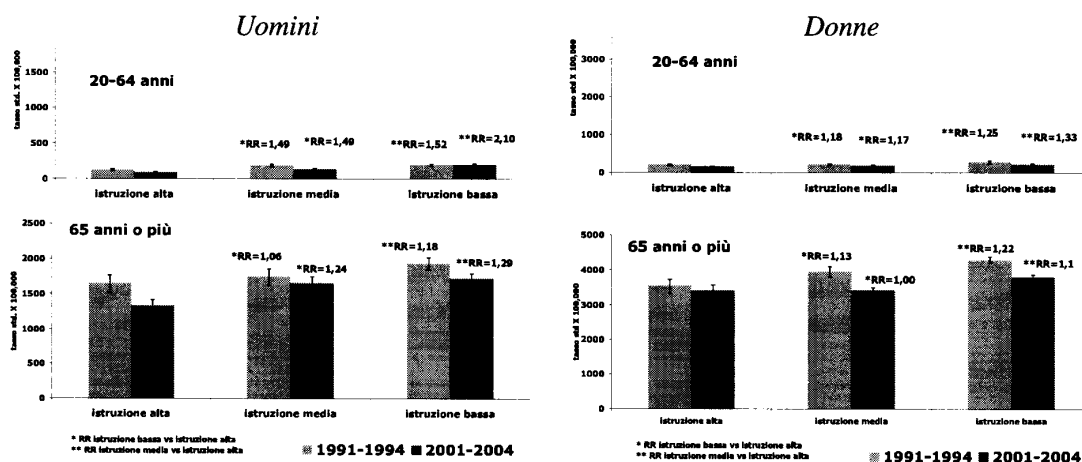
Fig. 5.3 - Mortalità tra le persone con 65+ anni secondo il livello di deprivazione del comune di residenza (fino a 100.000 abitanti). Tassi standardizzati indirettamente (SMR), per sesso e ripartizione geografica. Italia 2000-04



Fonte: elaborazioni a cura del Servizio Sovrazonale Epidemiologia ASL TO3

L'andamento temporale nella mortalità tra gli anziani negli ultimi due decenni è esplorabile solo nello Studio Longitudinale Torinese, e mostra un leggero allargamento delle differenze relative di mortalità per istruzione tra gli uomini, ed una diminuzione delle differenze relative tra le donne (Figura 5.4); quest'ultimo risultato è spiegato dal mancato miglioramento del rischio di morte tra le donne più istruite negli anni Duemila, che è particolarmente accentuato nel caso delle morti per tumore.

Fig. 5.4 - Mortalità per livello di istruzione a Torino. Tassi standardizzati * 100.000 e rischi relativi (RR), per sesso e fasce di età. Anni 1991-1994 e 2001-2004



Fonte: elaborazioni a cura del Servizio Sovrazonale Epidemiologia ASL TO3

Altri autori sempre nello Studio Longitudinale Torinese (Marinacci et al., 2004) avevano osservato che accanto ad un effetto sul rischio di morte delle variabili individuali di posizione sociale agiva anche un significativo effetto delle caratteristiche sociali del contesto di vita (deprivazione del quartiere), seppur di dimensione più modesta (Tabella 5.1).

Tab. 5.1 - Mortalità per caratteristiche sociali e contesto di vita; popolazione con 65 anni ed oltre residente a Torino Rischi relativi e intervalli di confidenza al 95%. Anni 1971-80, 1981-90 e 1991-99

		Uomini		Donne	
		RR ¹ (I.C.95%)	RR ² (I.C.95%)	RR ¹ (I.C. 95%)	RR ² (I.C.95%)
Condizioni abitative	Abitazione grande		1		1
	Abitazione piccola di proprietà		1.00 (0.97-1.03)		0.96 (0.91-1.01)
	Abitazione piccola in affitto		1.16 (1.14 -1.19)		1.06 (1.02 -1.10)
	Abitazione senza servizi o riscaldamento interni		1.22 (1.19-1.26)		1.15 (1.10-1.20)
Titoli di studio	Diploma di scuola superiore o più		1		1
	Licenza scuola media		1.10 (1.06-1.13)		1.08 (1.00-1.16)
	Licenza scuola elementare o meno		1.15 (1.12-1.18)		1.19 (1.12-1.27)
Quartiere di residenza	Agiato	1	1	1	1
	Medio	1.07 (1.03-1.11)	1.05 (1.02-1.08)	1.03 (0.99-1.07)	1.03 (0.98-1.07)
	Deprivato	1.08 (1.04-1.11)	1.04 (1.02-1.07)	1.08 (1.04-1.12)	1.05 (1.01-1.09)
Periodo		0.84 (0.83-0.85)	0.87 (0.86-0.88)	0.82 (0.81-0.84)	0.84 (0.82-0.86)
Componenti della varianza	Quartiere di residenza	0.001 p=.05	0	0	0
	Individui	1.714 p<0.001	1.669 p<0.001	5.311 p<0.001	5.872 p<0.001
Risultati dei modelli strato-specifici	<i>Tempo per condizioni abitative</i>		RR al crescere del periodo RR²(I.C.95%) all'aumentare del tempo		
	Casa grande		0.85 (0.83-0.86)		
	Casa piccola-di proprietà		0.89 (0.85-0.93)		
	Casa piccola-in affitto		0.89 (0.87-0.91)		
	Casa senza bagno interno o riscaldamento		0.90 (0.88-0.92)		
	<i>Tempo per titolo di studio</i>				
	Diploma superiore o laurea		0.84 (0.82-0.86)		
	Licenza media inferiore		0.85 (0.83-0.86)		
Licenza elementare o nessun titolo		0.88 (0.87-0.90)			

aggiustati per età e area di nascita

² aggiustati per età, area di nascita e tutte le altre variabili in tabella

Fonte: Marinacci et al., 2004

5.4 Le differenze sociali nella salute

A livello europeo, dai dati della prima rilevazione (1994) “dell’European Community Household Panel” l’Italia risultava una delle nazioni con le maggiori disuguaglianze assolute e anche con le più accentuate disuguaglianze relative nella disabilità tra gli anziani. In particolare, i paesi più sfavoriti sotto questo aspetto erano l’Irlanda, l’Italia e l’Olanda per gli uomini e la Francia, la Grecia, l’Irlanda, l’Italia e la Spagna per le donne (Huisman et al., 2003). Gli uomini italiani detenevano, insieme ai greci e agli irlandesi anche il triste primato di rientrare nel gruppo di paesi con le maggiori disuguaglianze sociali nella morbosità, espressa da tre distinti indicatori (cattiva salute riferita, limitazione delle attività quotidiane per problemi di salute e disabilità). Per le donne, invece, le più sfavorite a tale riguardo risultavano le greche, le irlandesi e le spagnole.

Nel campione di popolazione adulta-anziana non istituzionalizzata dello studio SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), i risultati evidenziavano, sia tra gli uomini che tra le donne, come basso reddito o bassa istruzione fossero

associati ad una maggior probabilità di riferire un grado di salute percepita non buono, malattie croniche, oppure limitazione delle proprie attività a causa di problemi di salute. Le differenze tra paesi mostravano disuguaglianze più intense tra gli anziani dei paesi del Sud Europa, dove l'istituzionalizzazione è meno frequente e, quindi, gli anziani con maggiore bisogno che rimangono in famiglia avevano maggiore probabilità di essere inclusi nel campione dello studio (Börsch-Supan et al., 2005).

L'Italia rientra nel gruppo dei cinque Paesi⁵² in cui, a partire dagli anni '90 è diminuita la quota di persone disabili tra gli anziani (Tabella 5.2). I dati delle indagini Istat sulla salute documentano un *trend* decrescente della prevalenza di disabili tra gli ultra sessantaquattrenni, che è passata dal 13.7% nel 1991 al 13.2% nel 1999-2000 (Tabella 5.3). La diminuzione è significativa tra gli uomini, ma non tra le donne. Per entrambi i sessi, il calo riguarda, soprattutto, le persone con almeno 85 anni; ciò, insieme al progressivo invecchiamento della popolazione, spiega perché, nel corso del decennio esaminato, la riduzione della disabilità tra gli ultra sessantaquattrenni risulti ancora più pronunciata se si guarda ai tassi standardizzati per età (Lafortune et al., 2007)

Tab. 5.2 - Andamento dell'impatto della disabilità grave¹ nella popolazione di 65+ anni, in alcuni paesi OECD, per sesso e condizione residenziale. Media annuale del tasso di crescita². Periodo 1980-2005

	Periodo	Popolazione complessiva			Popolazione a domicilio			Popolazione istituzionalizzata
		Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Australia	98-03	+ 0.1%	- 0.2%	+ 0.3%				
Belgio ⁽²⁾	97-04	+ 3.4%	+ 3.8%	+ 3.3%				
Canada ⁽²⁾	96-03	- 0.5%			- 0.5%	- 1.5%	+ 0.3%	- 0.5%
Danimarca	87-05	- 1.7%	- 2.3%	- 1.3%				
Finlandia	80-00	- 2.00%	- 2.2%	- 1.9%				
Francia (a)	90/91-98/99	- 2.0%	- 1.1%	- 2.3%				
Francia (b)	91/92-02/03	+ 0.2%			+ 0.3%	- 0.4%	+ 0.8%	0.0%
Italia	91-99/00				- 1.3%	- 3.5%	- 0.2%	
Giappone	04-05	+ 2.7%						
Paesi Bassi ⁽²⁾	96/98-01/03	- 2.2%			- 1.1%	+ 0.9%	- 1.8%	- 3.5%
Svezia ⁽³⁾	80/04	- 2.3%	- 3.3%	- 1.7%				
Svezia ⁽³⁾	94-04	+ 3.1%	+ 2.2%	+ 3.6%				
Regno Unito (GHS) ⁽²⁾	94/95-01/02	- 2.1%			- 2.2%	- 2.8%	- 1.7%	- 1.5%
Regno Unito (HSE) ⁽²⁾	95-00/01	+ 1.1%			+ 2.0%	+ 3.2%	+ 1.3%	- 1.7%
Stati Uniti d'America (MCBS)	92-04	- 1.4%	- 1.5%	- 1.3%				
Stati Uniti d'America (NLTC)	82-04/05	- 1.0%			- 0.2%			- 2.7%

¹ la definizione di "disabilità grave" varia da paese a paese

² la media annuale del tasso di crescita si basa sui tassi standardizzati per età, tranne che per Belgio, Canada, Francia, Paesi Bassi e Regno Unito

³ i dati svedesi si riferiscono solo alla popolazione 65-84 anni

Fonte: Lafortune et al., 2007

⁵² Tra i 12 Paesi OECD esaminati, il declino della disabilità tra gli anziani è stato osservato solo in Danimarca, Finlandia, Italia, Olanda e Stati Uniti. La situazione è rimasta stazionaria in Australia e Canada. Per contro, in Belgio, Giappone e Svezia la prevalenza di disabili tra gli anziani è cresciuta negli ultimi 5-10 anni.

Tab. 5.3 - Popolazione di 65+ anni, non istituzionalizzata, che richiede assistenza in almeno una ADL in Italia. Percentuali per sesso, fasce d'età e periodo

	1991	1994	1999/00
Popolazione complessiva (%)			
Classi di età			
[65+, aggiustate per età] ^(1,2)	15.6	16.2	13.9
[65+, grezze]	13.7	13.7	13.2
[65-74]	5.6	5.8	5.0
[75-84]	18.3	21.6	17.0
[85+]	53.2	49.7	46.5
Uomini (%)			
[65+, aggiustate per età] ^(1,2)	15.0	14.2	10.9
[65+, grezze]	12.2	11.2	9.3
[65-74]	5.5	5.7	4.2
[75-84]	17.7	17.3	12.4
[85+]	49.8	44.1	37.5
Donne (%)			
[65+, aggiustate per età] ^(1,2)	15.9	17.4	15.7
[65+, grezze]	14.9	15.4	16.0
[65-74]	5.6	5.9	5.7
[75-84]	18.7	24.5	19.8
[85+]	54.7	52.3	50.5

Fonte: Lafortune et al., 2007

Nonostante questo *trend* decrescente, negli stessi anni è cresciuta la prevalenza di morbosità cronica (più in particolare dell'artrite, delle malattie cardiache e del diabete), oltre a quella dell'ipertensione e dell'obesità (Tabella 5.4). Si ipotizza che, almeno in parte, l'aumento di morbosità cronica sia collegato con la maggiore propensione a riferire queste malattie, piuttosto che riflettere il reale incremento di prevalenza. Ciò sarebbe dovuto, da un lato, alla migliore conoscenza delle patologie da parte della popolazione e, dall'altro lato, alla maggiore probabilità che esse vengano diagnosticate, grazie al più elevato ricorso alle prestazioni sanitarie (Lafortune et al., 2007).

Tab. 5.4 - Andamento della prevalenza di alcune malattie e fattori di rischio nella popolazione di 65+ anni, in alcuni paesi OECD. Media annuale del tasso di crescita². Periodo 1980-2005

	Periodo	Artrite	Problemi cardiaci	Demenza ¹	Diabete	Ipertensione	Obesità ²
Australia	98-03	+ 0.3%	+ 0.9%	- 1.4%	+ 6.8%	+ 3.3%	
Belgio	97-04	+ 0.1%	+ 0.3%		+ 5.1%	+ 3.2%	+ 1.1%
Canada	96-03	+ 1.6%	+ 3.0%		+ 3.7%	+ 3.9%	+ 2.9%
Danimarca	87-05				+ 3.3%		+ 1.6%
Finlandia	80-00	- 0.6%			+ 0.4%	+ 0.7%	+ 1.4%
Italia	91-00	+ 2.3%	+ 1.1%		+ 0.6%	+ 6.3%	+ 3.0%
Giappone	89-04	+ 1.4%	+ 2.4%	+ 5.4%	+ 5.3%	+ 1.0%	
Paesi Bassi	90-00	+ 1.8%	+ 3.0%		+ 1.2%	+ 1.8%	+ 3.8%
Svezia	80-04			+ 1.3%	+ 0.9%	+ 0.9%	+ 2.0%
Regno Unito	94-03		0.0%		+ 7.4%		+ 3.2%
Stati Uniti d'America	92-02	+ 0.6%	- 0.3%		+ 2.2%	+ 1.5%	+ 3.5%

¹ nel caso della demenza, i tassi di crescita di Giappone e Svezia si riferiscono rispettivamente ai periodi 1998-2004 e 1988-2003

² il trend dell'obesità in Canada si riferisce alla popolazione di 75+ anni

Fonte: Lafortune et al., 2007

A fronte dei cambiamenti osservati nelle prevalenze di alcune malattie associate alla disabilità, le indagini trasversali sulla salute del 1994 e del 2004-2005 condotte dall'Istat documentano la diminuzione, nel corso di questo decennio, del rischio relativo