

PRESENTAZIONE

La V Relazione al Parlamento sulla condizione dell'anziano viene presentata in virtù della delega conferita dal Presidente del Consiglio al Ministro per la Solidarietà Sociale con DPCM del 31 maggio 1996.

Il significato precipuo che si vuole dare a tale Relazione è quello di porre all'attenzione del Parlamento la particolare situazione demografica che vive il nostro Paese e che costituisce, in prospettiva, una delle sfide più rilevanti connesse con il profondo cambiamento della società futura, non soltanto italiana, ma anche europea.

Consapevoli della delicatezza della materia e della necessità di un ampio approfondimento da condursi con metodo scientifico, si è ritenuto di affidare al Consiglio Nazionale delle Ricerche che si ringrazia, in particolare nella persona del compianto Prof. Luigi Amaducci e dei suoi collaboratori, la predisposizione di una analisi che, integrando i risultati dello Studio Longitudinale sull'Invecchiamento con elementi di conoscenza e dati forniti da Amministrazioni dello Stato, Regioni e Province autonome, nonché da Enti interessati, illustrasse l'universo degli anziani e, nel contempo, proponesse linee di sviluppo socio-culturale fondate su aspetti quantitativi e qualitativi entro le quali le persone anziane possano essere considerate in termini positivi e in una prospettiva di miglioramento di una condizione, frequentemente, a rischio di marginalità economica, sociale, culturale.

L'ampia disamina mette in evidenza come il concetto di «senectus» esca da una dimensione strettamente gerontologica e si apra verso aspetti psicologici, socio-culturali ed economici che connotano ogni esistenza in un contesto di convivenza civile fatta di relazioni fra generazioni ed anche di solidarietà fra persone.

L'articolazione della tematica individua opportunamente un legame tra il modo di invecchiare e le linee attraverso le quali sia possibile realizzare concretamente la esigibilità dei diritti e, quindi, il soddisfacimento dei bisogni degli anziani più fragili.

Il quadro che ne emerge evidenzia la «contemporaneità» di un fenomeno demografico i cui molteplici effetti saranno avvertiti di più nel tempo e le cui proposte di talune soluzioni vanno ad inserirsi nell'attuale dibattito sulla riforma della assistenza che completerà la riorganizzazione del nuovo modello di «welfare state».

Al presupposto irrinunciabile della creazione di un nuovo sistema di servizi sociali, al concreto bisogno di opportunità di inserimento e di partecipazione delle categorie sociali più deboli si collega l'ampio dibattito su temi che attengono agli anziani. Dibattito che per un verso è segnale di un fenomeno demografico in aumento e, per altro, è anche sintomo di un diffuso processo di trasformazione strutturale della società.

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione certamente amplia la domanda proveniente dal sociale e la dimensione dell'azione di risposta deve corrispondere, attraverso criteri di equità e di equilibrio, ad una multiformità di condizioni.

Le risposte alle maggiori esigenze del complesso mondo degli anziani trovano adeguata collocazione nel modello integrato di interventi e servizi sociali proposto, inteso a rendere meno pesante la condizione oggettiva di disagio, individuale e della famiglia, da cui deriva l'esclusione e l'emarginazione sociale.

Le attuali trasformazioni economiche e sociali sono per certi aspetti connesse all'invecchiamento della popolazione e, nel contempo, hanno riflessi sulle condizioni di vita della terza età.

Si ritiene, in tale contesto, che l'offerta dei servizi a rete, bene evidenziata nella presente Relazione, sia indispensabile, anche per superare i confini di una visione nel passato troppo sanitarizzata della «anzianità».

Il problema «anziani» infatti, pur essendo legato agli aspetti che attengono alla organizzazione funzionale dei servizi per le persone problematiche, è altresì riconducibile alla concretezza delle opportunità sociali che consentono di vivere una esistenza gratificante e dignitosa in una dimensione di inserimento e di partecipazione, non di emarginazione.

Al riguardo, si vuole fare appena cenno alle esperienze interessanti ed essenziali delle Università della terza età, dei centri sociali, del volontariato degli anziani e a tante altre iniziative condotte utilmente da componenti rappresentative della domanda espressa dagli anziani.

Occorre quindi sottolineare come la crescita della vita media vada certamente letta positivamente in termini di prospettiva di vita, ma va altrettanto detto come a tale fenomeno si colleghi una dimensione umana spesso carica di difficoltà derivanti, soprattutto, da condizioni economiche di povertà, da traumi psicologici legati alla frantumazione del contesto socio-familiare abituale ed altresì da traumi conseguenti all'impatto psicologico e relazionale al momento della espulsione dal mondo produttivo.

Nelle grandi città, poi, il fenomeno dell'emarginazione degli anziani è ancor più preoccupante a causa di pesanti condizioni di esclusione legate alla povertà, alle malattie, alla paura di uscire di casa, ma anche alla solitudine e all'abbandono.

Talvolta, per fortuna, si trovano anche situazioni meno negative: basta guardare il numero degli anziani attivi che si muovono, viaggiano, propongono la propria esperienza di vita e di qualificata professionalità, impegnano il proprio tempo in attività di volontariato.

Le diversificate condizioni di «anzianità» rendono dunque questa questione assai complessa e, in generale, indicano un passaggio demografico articolato su elementi economici, politico-culturali che determinano la necessità di realizzare un tessuto sociale in cui tutte le generazioni debbano abituarsi a convivere civilmente, senza fratture determinate da tensioni o contrapposizioni.

In questo cambiamento trova spazio la domanda legata ad un fenomeno sociale in forte crescita e che deve essere collegato a differenti piani problematici.

La risposta possibile è quella di riuscire a coagulare attorno al problema «anziani» gli sforzi di più componenti sociali e risorse necessarie per i bisogni di questa fascia di popolazione che costituisce ormai il 15% della popolazione del nostro Paese e che vede al proprio interno una presenza elevata della componente femminile, specie nelle età più avanzate, in una condizione di maggiore fragilità: vedove, nubili, divorziate, separate.

Appare opportuno, a tale proposito, ricordare che il Rapporto demografico 1997 presentato dalla Commissione dell'Unione Europea evidenzia come nel prossimo trentennio la popolazione di età superiore ai 60 anni potrebbe crescere del 50%, mentre quella giovanile e adulta potrà diminuire rispettivamente dell'11% e del 6% con un evidente, pesante impatto sulla spesa per la protezione sociale e sul mondo del lavoro.

Allo scopo di individuare strategie di intervento preventivo si sono impegnati presso il Dipartimento per gli Affari Sociali gruppi di lavoro ad analizzare ed approfondire taluni temi riconducibili ai bisogni delle persone anziane: case di riposo; centri sociali; tutela abitativa; università della terza età ed educazione permanente.

Per cercare di dare una risposta solidale ad una parte dei bisogni più problematici delle persone anziane e un positivo contributo all'adeguamento dei servizi, è stata posta attenzione alle strutture residenziali che presentano un grave deficit.

A questo scopo si sono cercate risposte alle aspettative degli anziani che vogliono restare nella propria casa e accrescere il proprio sapere, secondo un percorso innovativo, anche di deistituzionalizzazione, delle persone che anche se sane, perché sole, si trovino in difficoltà.

In conclusione sulla base di quanto fino ad ora espresso, emerge la necessità di un quadro di riferimento per le politiche sociali che consenta alle istituzioni, alle autonomie locali, con la cooperazione dell'associazionismo, del volontariato e di altri segmenti di cittadinanza attiva, di creare le condizioni per eliminare o attenuare i disagi agli individui più fragili.

La Ministra per la Solidarietà Sociale

On. Livia Turco



PAGINA BIANCA

PREMESSA

METODOLOGIA DI STUDIO DELLE CONDIZIONI DEGLI ANZIANI

Il fenomeno del progressivo invecchiamento della popolazione, in atto sia nei paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo, è particolarmente rilevante in Italia ed ha *implicazioni importanti dal punto di vista medico, economico e sociale*, che pongono una serie di problemi urgenti ed indilazionabili. L'opinione pubblica è profondamente sensibilizzata su questo argomento dai numerosi e puntuali riferimenti dei mass media, che, ormai quotidianamente, riferiscono sull'impatto socio-economico, socio-assistenziale e sanitario dell'invecchiamento della popolazione. Tutti i paesi industrializzati stanno investendo risorse sempre più rilevanti per lo studio dei vari aspetti dell'invecchiamento. Solo un'approfondita ed avanzata comprensione del fenomeno può, infatti, consentire di *individuare accuratamente i bisogni e quindi di pianificare razionalmente i servizi*. Esiste attualmente l'esigenza di studiare l'invecchiamento in modo integrato nei suoi aspetti biologici, medici ed economico-sociali. In effetti, l'invecchiamento è il risultato di fattori biologici (genetici, immunologici, etc), ambientali (stile di vita, nutrizione, servizi sociali e sanitari, etc) e soprattutto della loro complessa interazione. Dal punto di vista biomedico, gli spettacolari progressi della biologia cellulare e molecolare consentono per la prima volta di affrontare in modo adeguato il problema delle basi biologiche dell'invecchiamento e di chiarire i meccanismi che lo determinano, sia a livello fisiologico che patologico. D'altra parte, è stato ormai chiaramente dimostrato come il miglioramento dello stato di salute sia anche collegato ai fattori socio-economici e culturali. Sono queste le basi per impostare un approccio nuovo all'invecchiamento, che prevede non solo interventi curativi, ma anche preventivi e riabilitativi.

La frequenza delle principali malattie croniche invalidanti aumenta al crescere dell'età, quindi l'attuale trend demografico non può che determinare un incremento delle richieste di assistenza. La programmazione sanitaria necessita decisamente di dati oggettivi sulla reale portata degli attuali problemi sanitari e sul loro probabile andamento nel tempo. In questo modo si potrà ridurre il divario tra scelte cliniche ed evidenze epidemiologiche, divario che penalizza sia i costi sia la qualità dell'assistenza. I dati devono essere basati su unità di misura standardizzate e su metodi di rilevazione omogenei e comparabili.

L'impatto delle patologie croniche invalidanti sulla richiesta dei servizi sociali e sanitari dovrà essere valutato in termini quantitativi solo attraverso studi di popolazione e con un'analisi epidemiologica longitudinale, che permetta di individuare la transizione da salute a malattia e quindi a disabilità.

La metodologia degli studi longitudinali è, infatti, la più accurata per la valutazione della frequenza delle malattie e dei loro fattori di rischio e permette, quindi, l'adeguata pianificazione di efficaci programmi di prevenzione e di intervento terapeutico ed assistenziale. La possibilità di valutare ripetutamente nel tempo il campione in esame è essenziale, infatti, per studiare la storia naturale delle malattie e la transizione da autosufficienza a dipendenza. L'elevato costo di questo approccio metodologico è, purtroppo, considerato il limite principale alla loro realizzazione. Tuttavia, se consideriamo il razionale dell'«evidence-based medicine», ormai entrata nella pratica del processo decisionale di gran parte degli interventi di politica sanitaria, vediamo che proprio la razionalizzazione della spesa sanitaria si basa sulla disponibilità di dati longitudinali. Dati scaturiti da tali studi possono essere sintetizzati in linee-guida per gestire pazienti con specifiche patologie e invalidità. Linee-guida ben disegnate e corretta-

mente utilizzate possono consentire da una parte di erogare servizi sanitari e assistenziali di altissima qualità e nello stesso tempo di ridurre i costi, come già confermato da alcune esperienze. Questi sono i principi fondamentali della «evidence-based medicine» che utilizza dati validi, oggettivi e affidabili come base per le decisioni in campo sanitario, scoraggiando l'approccio soggettivo, intuitivo ed emotivo, in favore di un approccio analitico e pragmatico. Nel Regno Unito, la «evidence-based medicine» si è costituita in un'istituzione, la Cochrane Collaboration, che si occupa di preparare e disseminare revisioni sistematiche della letteratura scientifica su specifici argomenti sanitari. È indicativo che, a pochi anni dalla sua fondazione, la Cochrane Collaboration è già diventata un interlocutore stabile del Ministero della Sanità britannico e di altri organismi affini.

Anche l'Organizzazione Mondiale per la Sanità ha avvertito l'esigenza di creare indici standard di riferimento per poter quantificare il peso sanitario, economico e sociale delle varie condizioni patologiche. In particolare, è stato proposto il DALY (Disability Adjusted Life Years), per misurare l'impatto di patologie specifiche sulla disabilità e sulla morte prematura. Per il calcolo di questi indicatori occorrono necessariamente dati longitudinali. L'Italia è tra i paesi più vecchi del mondo e la rapidità del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è tra le più elevate dei paesi occidentali. Alcune regioni del Nord Italia hanno percentuali di anziani che sono in assoluto più alte di qualsiasi altra regione Europea o Nord Americana. Pertanto, il peso assistenziale determinato dalle patologie croniche legate all'età e dalla conseguente disabilità, è, e diventerà sempre più, un'assoluta priorità del Servizio Sociale e Sanitario Nazionale. In questo senso il Progetto Finalizzato Invecchiamento (PFI) del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), ed in particolare lo Studio Italiano Longitudinale sull'Invecchiamento (Studio ILSA), rappresentano finora l'unica iniziativa nazionale in grado di fornire i dati quantitativi sulle maggiori patologie dell'età avanzata e sui loro fattori di rischio, sia sociali che biologici.

Fino a pochi anni fa, gli unici dati sulla frequenza delle malattie disponibili a livello nazionale erano quelli raccolti dall'ISTAT. Tali dati si basavano sulla prevalenza di specifiche patologie *autoriportate* da un campione di italiani, con gli inevitabili problemi sull'attendibilità delle informazioni riferite dai singoli soggetti, senza la possibilità della conferma clinica. Per evidenziare tali problemi, basta analizzare la Tabella 1 che confronta i dati riportati dai soggetti con quelli ottenuti con una valutazione clinica (dati dello Studio ILSA). Si dimostra chiaramente la forte discrepanza tra le due fonti di informazione, soggettiva ed oggettiva.

Tab. 1. - **Prevalenza (%) di alcune patologie croniche nella popolazione di 65 anni ed oltre, determinata mediante intervista (Dati ISTAT) e mediante valutazione clinica**

(Studio ILSA), 1996

	Intervista ISTAT	Esame clinico ILSA
Diabete	11,3	13,2
Artrosi ed artrite	49,2	60,9
Broncopneumopatie cr.	26,7	20,9
Iipertensione	31,5	61,9

Problemi ancora maggiori emergono se si usano le statistiche di mortalità come indici di prevalenza delle patologie. Come affermato molto chiaramente nel World Development Report, 1993: «Any discussion of health policy must start with a sense of the scale of health problems. These problems are often assessed in terms of mortality, but that indicator fails to account for the losses that occur this side of death because of

handicap, pain, or other disability». I dati di mortalità sono stati spesso usati per generare ipotesi epidemiologiche, perché sono facilmente ottenibili e completi, in quanto il certificato di morte è obbligatorio per qualsiasi decesso. Ma qui il problema nasce dal tipo di malattia considerata. Malattie che portano rapidamente a morte e che sono facilmente diagnosticabili (come alcune neoplasie maligne) vengono probabilmente registrate correttamente come causa di morte, ma nel caso di altre patologie croniche frequenti nella popolazione anziana, come la demenza, il tempo tra l'insorgenza della malattia e la morte è spesso lungo e altre patologie insorgono nel frattempo, causando ovvii problemi nell'identificare la causa primaria di morte. Per esempio, nonostante la prevalenza delle malattie cardiovascolari aumenti con l'età, l'associazione tra esistenza di patologia cardiovascolare e riconoscimento della stessa come causa di morte invece diminuisce con l'avanzare dell'età. Diversi motivi possono spiegare questo andamento: a) gli anziani hanno livelli più elevati di comorbidità, con più malattie che possono portare a morte, b) nei soggetti giovani la patologia può avere un'insorgenza più acuta e portare a morte più direttamente, c) la qualità del dato sulla mortalità nell'anziano è meno affidabile di quello del giovane, proprio per la mancanza di un inquadramento completo della pluripatologia. Altre potenziali fonti di errore, quali la scarsa accuratezza delle informazioni contenute nel certificato, soprattutto se compilato da un medico che non conosca la storia clinica del paziente, sono purtroppo molto frequenti.

Inoltre in Italia abbiamo eccellenti statistiche di ospedalizzazione, il cui uso in sanità pubblica presenta dei vantaggi e degli svantaggi che sono riconosciuti universalmente. Una delle grosse limitazioni è l'impossibilità di usare queste statistiche come indici di prevalenza di specifiche malattie nella popolazione generale. Se consideriamo le neoplasie maligne, molto probabilmente possiamo dire che tutti, o una larga percentuale dei casi, vengono ospedalizzati durante il corso della malattia. Se però consideriamo le patologie mentali, il ricovero ospedaliero è molto meno frequente. Bisogna inoltre considerare che le ospedalizzazioni sono spesso influenzate da fattori quali il sesso del paziente (in caso di ernia discale, per esempio, è molto più probabile che venga ospedalizzato un maschio, mentre le donne vengono più spesso trattate a domicilio), lo stato civile (i soggetti non coniugati sono più spesso ospedalizzati rispetto ai coniugati), la gravità della malattia e le patologie concomitanti, la disponibilità di strutture adeguate, ecc. Tutti questi fattori, quindi, uniti alla spesso scarsa accuratezza nel riportare la diagnosi di dimissione, portano alla chiara ed inequivocabile conclusione che le statistiche di ospedalizzazione non possono essere utilizzate come indici di prevalenza di specifiche patologie nella popolazione.

Le statistiche di ospedalizzazione e di mortalità disponibili in Italia possono aiutare ad identificare specifici gruppi della popolazione a più alto rischio, a sviluppare possibili ipotesi eziologiche ed a studiare l'andamento temporale delle patologie. Tuttavia, questi dati vanno usati con cautela, soprattutto per quanto riguarda le patologie croniche, perché hanno dei limiti che facilmente inficiano le conclusioni. Non possono quindi, in qualsiasi modo, sostituirsi ai dati epidemiologici raccolti in campioni rappresentativi della popolazione, che restano l'unico modo rigorosamente scientifico per identificare casi prevalenti ed incidenti di malattia e per quantificare la reale necessità assistenziale.

Luigi Amaducci

Direttore, Progetto Finalizzato Invecchiamento del CNR

PAGINA BIANCA

PARTE PRIMA

PAGINA BIANCA

1

ENTITÀ DEL FENOMENO DELL'INVECCHIAMENTO

1.1 GLI ANZIANI: UN UNIVERSO COMPLESSO, ETEROGENEO E DINAMICO

Parlare di anziani oggi significa confrontarsi con problemi e potenzialità di una popolazione eterogenea e complessa, troppo spesso semplicisticamente identificata in base alla sola età anagrafica. Omologare individui diversi, che hanno cumulato nel corso dell'intera loro vita, storie biologiche, sociali e professionali molto diverse, basandosi sul solo fatto che hanno raggiunto e superato una soglia di età, significa commettere almeno due tipi di errore: un errore metodologico, derivante dal fatto di non riconoscere le forti differenziazioni esistenti tra gli individui in questa fascia di età, e un errore operativo, che impedisce di finalizzare sforzi e risorse verso la soluzione di problemi e il soddisfacimento di necessità delle quote di popolazione anziana che effettivamente necessitano di interventi e sostegno.

Per affrontare correttamente l'analisi delle conseguenze demografiche e sociali, ma anche economiche, dell'invecchiamento demografico e dell'aumento del numero di anziani nelle moderne società a demografia avanzata, è in primo luogo necessario adottare un approccio multidimensionale e qualitativo che consenta di esplorare le diverse dimensioni della condizione anziana, rifiutando semplificazioni e stereotipi.

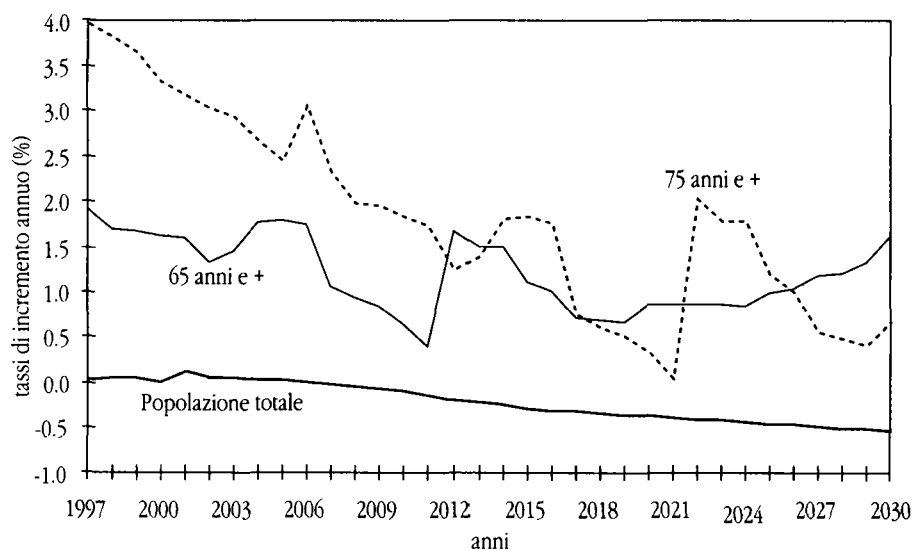
Uno squilibrio sempre più accentuato si è venuto determinando in questi anni tra età cronologica, età biologica, età sociale degli individui in tutte le età della vita. Tutte le fasi della vita si sono allungate: infanzia, adolescenza, giovinezza, età adulte, vecchiaia hanno subito nel corso del tempo profonde modificazioni sia di durata che di contenuti. Le modificazioni dei comportamenti demografici hanno giocato un ruolo in queste modificazioni accanto ad altre trasformazioni che si sono venute imponendo in questo secondo dopoguerra. La diminuzione del numero di figli ha portato ad un cambiamento profondo del significato e degli orizzonti dell'infanzia: dal punto di vista dei genitori, il ridottissimo numero di figli ha enormemente aumentato il «valore» di ognuno e l'investimento, affettivo ed economico, effettuato su ciascuno di essi. Dal punto di vista del bambino, è cambiato profondamente l'ambiente familiare, popolato precedentemente di coetanei (fratelli, cugini), molteplici figure adulte (i genitori, gli zii) e pochissimi anziani (i nonni), è divenuto più rarefatto e orientato in senso verticale: pochissimi coetanei e molti ascendenti (genitori, nonni, spesso bisnonni).

All'altro estremo dell'arco della vita, altre trasformazioni si stanno verificando. L'aumento della sopravvivenza, che in questo ultimo scorcio di secolo ha beneficiato soprattutto le età adulte ed anziane, ha modificato sostanzialmente i modi e i tempi della transizione verso la vecchiaia, permettendo il manifestarsi di altre fasi che fino a pochi decenni fa erano insospettabili. Il concetto di «vecchio» non si dimostra più in grado di dar conto della varietà delle condizioni che si determinano per un numero crescente di individui, all'aumentare dell'età. Oltre i 65 anni di età, che tradizionalmente sono assunti come soglia delle età anziane, si cominciano così a distinguere i «grandi vecchi», coloro che hanno superato i 75 o gli 80 anni di età dai più giovani, che presentano caratteristiche, necessità e comportamenti nettamente difforni.

Un altro stereotipo che è necessario combattere se si vuole avere una immagine corretta di quanto sta avvenendo nella popolazione anziana è quello della staticità. Grandi modificazioni sono avvenute e stanno avvenendo, tanto da un punto di vista

quantitativo che qualitativo. È ben noto il fortissimo incremento della popolazione oltre i 65 anni di età verificatosi a partire dalla seconda metà degli anni '80 con l'arrivo delle grandi generazioni nate dopo la prima guerra mondiale. Un'onda che negli anni recenti sta investendo le età superiori ai 75 anni. A partire dalla seconda decade del prossimo millennio, un'onda altrettanto importante sarà provocata dal superamento della soglia dei 65 anni delle generazioni del secondo dopoguerra e, dieci anni dopo, i ritmi di aumento degli ultrasessantacinquenni prenderanno ad aumentare rapidamente. La figura 1 illustra chiaramente le fluttuazioni dei tassi di incremento alle quali sono sottoposte le età anziane in conseguenza della passata dinamica delle nascite e le profonde e rapide modificazioni che debbono essere attese nel prossimo futuro. Le risposte che la società deve dare alle esigenze di questa quota crescente di popolazione debbono necessariamente essere flessibili e attente ai cambiamenti di breve, medio e lungo periodo della sua composizione interna.

Fig. 1. - **Tassi di incremento annuo della popolazione anziana e della popolazione totale**
(valori %)



1.2 ASPETTI DEMOGRAFICI TERRITORIALI

I dati demografici italiani, suggeriscono che l'invecchiamento della popolazione è un fenomeno molto complesso dal punto di vista territoriale, con profonde diversità tra nord e sud e all'interno delle singole regioni, come descritto in maniera chiara e incisiva nell'*Atlante dell'Invecchiamento della Popolazione*, di A. Lori, A. Golini, B. Cantalini, preparato nell'ambito delle attività del PF Invecchiamento del CNR. Di seguito riportiamo alcuni dei principali aspetti demografici degli ultimi anni, come discussi nel suddetto atlante.

La dinamica della popolazione anziana del nostro Paese è - per intensità e velocità, ma anche per durata temporale del processo - una delle più significative nel mondo intero (Tab. 1). Già adesso l'Italia è il primo, e per ora unico, Paese al mondo in cui la proporzione di ultrasessantacinquenni (16%) ha superato quella dei ragazzi con meno di 15 anni (15%) (ONU, 1995). Ma non meno importante sarà la dinamica dei decenni a venire, soprattutto per la attesa forte divaricazione fra andamento della popolazione con più di 60 anni e quella con meno di 60 anni.