

Tab. 1. - **Evoluzione della popolazione italiana dal 1950 ad oggi e previsione fino al 2040**
(valori assoluti in milioni di abitanti)

Classi di età	Assolutore			Incremento		Tasso % medio annuo		% sulla popolazione italiana		
	1950	1995	2040	1950-1995	1995-2040	1950-1995	1995-2040	1950	1995	2040
<60 anni	41,3	41,7	28,1	+3,4	-16,7	+0,2	-1,0			
60 e più	5,8	12,5	19,5	+6,7	+7,0	+1,7	+1,0	12,3	21,9	41,0
80 e più	0,5	2,1	4,8	+1,6	+2,7	+3,2	+1,9	1,2	3,7	10,1

Fonte: elaborazione CNR-IRP su dati OMI - 1995. Per la previsione è stata considerata la variante media che prevede per il quinquennio 2035-40 una vita media pari a 82,7 anni (77,5 quella del 1990-95) e un numero medio di figli per donna pari a 1,8 (1,3 quello del 1990-95).

Nei prossimi 45 anni infatti è possibile un aumento di 7 milioni negli ultrasessantenni e una diminuzione di circa 17 milioni in coloro che hanno meno di 60 anni. Questa dinamica deriva dall'attuale speranza di vita alla nascita e a 65 anni, che è significativamente aumentata nelle ultime decadi (Tab. 2), dalla longevità e dalla fecondità delle generazioni attualmente in vita. La longevità della popolazione italiana è una delle più elevate del mondo, mentre la fecondità è in assoluto la più bassa del mondo (1,2 figli per donna). Seppure importante, la prevista immigrazione dall'estero non potrà cambiare le tendenze di fondo.

Tab. 2. - **Durata media della vita in Italia**

	Maschi		Femmine	
	alla nascita	a 65 anni	alla nascita	a 65 anni
1960-62	67,2	13,4	72,3	15,3
1994	74,7	15,6	81,2	19,4

Fonte: Relazione generale sulla condizione economica del Paese, 1995.

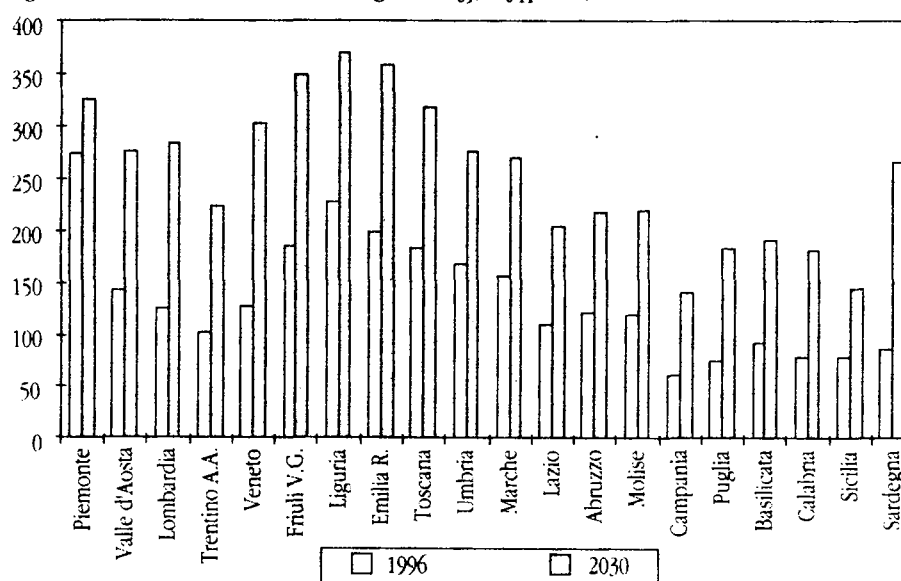
Si tratta, quindi, di una dinamica di popolazione che per gli individui, le famiglie, l'economia e la società potrebbe avere conseguenze molto più pesanti di quelle che si sono registrate negli ultimi 45 anni, ove non si riesca ad assecondare con continui e profondi adattamenti la grande mutazione demografica in atto.

La complessità del problema dell'invecchiamento della popolazione risiede anche nella sua *straordinaria variabilità territoriale* (Fig. 2 e Tab. 3) che richiede quindi analisi attuali e prospettive effettuate a livello regionale, provinciale e anche comunale.

Tab. 3. - **Le tre regioni e le tre province italiane con il maggior e con il minor grado di invecchiamento**
(percentuale di popolazione con 65 anni e più al censimento del 1991)

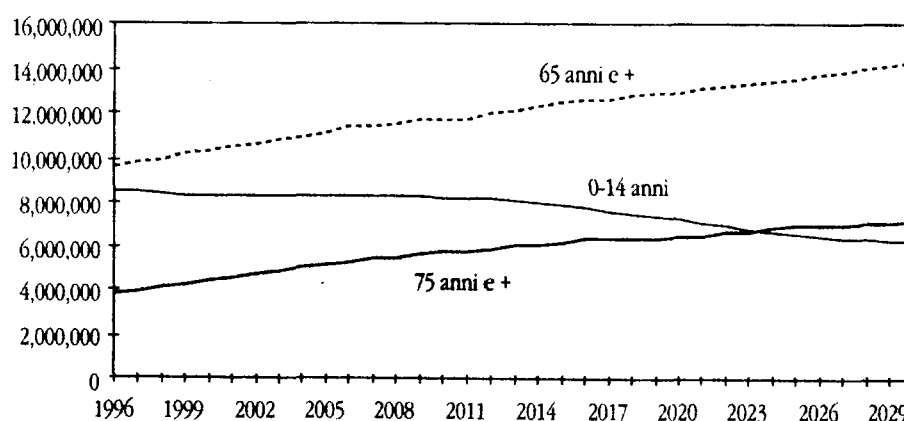
Liguria	21,6	Campania	11,1
Emilia Romagna	19,6	Puglia	12,4
Toscana	19,5	Sardegna	12,5
Trieste	23,7	Napoli	9,7
Alessandria	22,8	Caserta	10,3
Siena	22,7	Cagliari	11,3

Fonte: ISTAT, vari anni.

Fig. 2. - **Indice di vecchiaia nelle regioni ($P_{65+}/P_{0-14} \cdot 100$)**

1.3 QUALE FUTURO PER LA POPOLAZIONE ITALIANA?

La futura evoluzione della popolazione è in gran parte già scritta nella attuale struttura demografica e le previsioni, almeno relativamente alle generazioni già nate, presentano scarsissimi margini di incertezza. Utilizzando le previsioni recentemente predisposte dall'ISTAT con base la popolazione del 1996 e con riferimento ai tre scenari elaborati (ipotesi alta, media e bassa¹⁾, la figura 3 illustra l'evoluzione della popolazione di 65 anni e oltre fino al 2030.

Fig. 3. - **Evoluzione prevista per la popolazione di alcune classi di età. Istat 1997**
Ipotesi media

¹⁾ L'ipotesi *alta* prevede: una speranza di vita alla nascita per gli uomini di 80,1 anni e per le donne di 86,3 anni; un tasso di fecondità totale pari a 1,76 figli per donna; un flusso netto annuo di immigrati dall'estero di 76mila unità. L'ipotesi *media* prevede: una speranza di vita alla nascita per gli uomini di 78,3 anni e per le donne di 84,7 anni; un tasso di fecondità totale pari a 1,45 figli per

donna; un flusso netto annuo di immigrati dall'estero di 56mila unità.

L'ipotesi *bassa* prevede: una speranza di vita alla nascita per gli uomini di 76,9 anni e per le donne di 83,3 anni; un tasso di fecondità totale pari a 1,12 figli per donna; un flusso netto annuo di immigrati dall'estero di 35mila unità.

Secondo l'ipotesi media, quella che stando alle conoscenze attuali sembra la più probabile, nel 2030 gli ultrasessantacinquenni sarebbero 14,4 milioni (il 27% della popolazione totale). In termini relativi, rapportando le due code della distribuzione per età, ovvero gli ultrasessantacinquenni ai giovani con meno di 15 anni di età, la trasformazione rispetto al recente passato sarebbe ancor più straordinaria: se agli inizi degli anni '50 si contavano 3 giovani per ogni anziano e nel 1991 il rapporto era di 1:1; oggi, è già diventato di 1,13:1. Qualora si verificassero le condizioni previste nell'ipotesi media, che come si è visto ipotizza un lieve aumento della fecondità rispetto alle attuali condizioni, la proporzione nel 2030 sarebbe di 2,3 anziani per ogni giovane (3 anziani ogni giovane al Nord; 2,5 al Centro e 1,7 al Sud).

Anche in rapporto alla popolazione in età lavorativa il peso degli anziani è destinato a crescere notevolmente, raddoppiando nei trent'anni da 25 a 44%. Al 2030 per 100 persone in età attiva si potrebbero contare 63 persone in età non attiva di cui 44 anziani e 19 giovani. Al Nord la proporzione sarebbe ancor più elevata: 65 ogni 100 di cui 49 anziani e 16 giovani.

Non è necessario commentare questi dati, né stupisce che essi suscitino sconcerto e apprensione. Risulta immediatamente evidente, infatti, che un simile capovolgimento della struttura per età non è una modificazione che possa essere assorbita dal sistema economico e, più in generale, dal sistema sociale, con semplici razionalizzazioni e aggiustamenti marginali della situazione esistente.

Il fenomeno dell'invecchiamento non si è del resto limitato a modificare il rapporto tra i due estremi della distribuzione. Al contrario, ha ritoccato il profilo distributivo di tutta la popolazione: sia nelle età centrali che nelle età senili sono gradualmente aumentate le quote di popolazione di età più elevata.

La composizione per età della popolazione anziana è destinata ad invecchiare ulteriormente e già nella seconda decade del prossimo secolo i «grandi vecchi», con più di 75 anni di età, diverranno numerosi quanto i 65-74enni e ciascuna delle due fasce di età raggiungerà e supererà il 10% del totale della popolazione. Già intorno al 2020, più di due persone su otto avranno più di 65 anni di età e, tra queste, una sarà tra i 65 e i 74 anni e l'altra avrà più di 75 anni di età.

Le donne rappresentano la grande maggioranza della popolazione anziana. Per 100 uomini di 65 anni e oltre si contano 144 donne e all'aumentare dell'età lo squilibrio diventa ancor più accentuato: oltre i 75 anni il rapporto è di 176 donne per 100 uomini. La più alta mortalità che colpisce gli uomini in tutto l'arco della vita giustifica la forte proporzione di donne nelle età anziane: basti pensare che la probabilità per un uomo di raggiungere i 65 anni di età è intorno all'80% e al 90% per una donna.

1.4 IMPOSSIBILE FERMARE IL PROCESSO DI INVECCHIAMENTO

Il quadro che viene delineato dai livelli e dalle prospettive dell'invecchiamento demografico descrive una situazione del tutto nuova nella storia demografica del paese. Il processo avviato sembra destinato a svilupparsi ulteriormente raggiungendo dimensioni tali da modificare tutti gli equilibri tradizionali. Del resto, non si può neppure sperare che il processo di invecchiamento possa arrestarsi o addirittura invertirsi nel prossimo futuro, perché questo non potrebbe avvenire senza rimettere in discussione gli alti livelli di sopravvivenza raggiunti.

Anche in presenza di consistenti aumenti della fecondità che consentisse di rinforzare le nuove generazioni (ipotesi alta di previsione), il processo non potrebbe arrestarsi in quanto l'andamento favorevole della mortalità nelle età adulte e senili continuerebbe ad alimentare il cosiddetto invecchiamento dall'alto della piramide delle età.

Neppure i flussi migratori, che a volte vengono evocati come l'antidoto più efficiente al processo di invecchiamento, potranno sortire sostanziali effetti. Solo per mantenere costante l'ammontare complessivo della popolazione all'incirca sui livelli attuali ed impedirne il declino numerico che sarebbe prodotto dal saldo naturale negativo, è necessario l'afflusso di circa 50 mila nuovi immigrati all'anno. Per arrestare il processo di invecchiamento sarebbero necessari flussi almeno 10 volte superiori e, questi, non potrebbero essere assorbiti dall'attuale tessuto economico e sociale senza creare gravi problemi di accoglienza ed integrazione.

1.5 LO STATO CIVILE E IL TITOLO DI STUDIO

Dei circa 12 milioni e 650 mila anziani di 60 anni e più registrati nel 1995-1996 (dato medio dei due anni), 7 milioni 200 mila sono rappresentati da donne e 5 milioni 400 mila da uomini. La più alta mortalità che colpisce gli uomini in tutto l'arco della vita fa sì che le donne rappresentino la maggioranza della popolazione anziana e che lo squilibrio diventi più accentuato al crescere dell'età. Se, infatti, la quota di donne sul totale dei coetanei tra i 60 e 64 anni è pari al 52,4%, tra i 65 e i 74, diventa del 56,2% e, a partire dai 75, arriva al 62,5%.

Ciò configura percorsi e situazioni di vita differenti tra uomini e donne. Queste ultime, infatti, si trovano, nelle età anziane, a vivere più a lungo da sole rispetto agli uomini; in questo senso, la stessa distribuzione degli anziani per stato civile mette in evidenza uno squilibrio tra i sessi, che è anche il frutto di una maggiore propensione degli uomini soli a risposarsi. È coniugato il 65,4% degli ultraottantenni contro il 14,7% delle ultraottantenni.

Anche se la vedovanza incide più sulle donne che su gli uomini a tutte le età, è soprattutto a partire dai 70 anni che la maggioranza delle donne risulta ormai non più coniugata. Le vedove rappresentano il 19,3% delle donne tra 60 e 64 anni, il 28,5% tra i 65 e i 69 anni, il 75% dagli 80 anni in poi, per un totale di 2 milioni 974 mila vedove. Nelle zone del Nord (dove il processo di invecchiamento della popolazione è più avanzato e maggiore è la presenza dei grandi vecchi) la percentuale di vedove ultrasettantenni è maggiore di quella delle coniugate.

L'attuale popolazione anziana è costituita da quelle generazioni che non hanno conosciuto il boom dell'istruzione: il 22,2% non ha nessun titolo di studio, il 52,2% ha la licenza elementare. Le donne presentano un livello di istruzione più basso degli uomini e così anche, rispetto ai loro coetanei settentrionali, gli anziani che vivono nel Sud e nelle Isole. In quest'ultimo caso il 40,2% non ha conseguito nessun titolo di studio e il 38,8% ha solo la licenza elementare. Se si considerano le donne ultraottantenni nelle Isole, queste non hanno titolo di studio nel 68,3% dei casi.

È inoltre evidente che la situazione peggiora al crescere dell'età sia per gli uomini che per le donne, e in tutte le zone del Paese. Gli anziani diplomati e laureati sono il 10,7% del totale, l'8% nel caso delle donne.

1.6 GLI ANZIANI IN FAMIGLIA

Il benessere degli anziani è molto legato al contesto familiare in cui sono inseriti. Le relazioni all'interno della famiglia, infatti, assumono una rilevanza particolare nel periodo successivo al ritiro dall'attività lavorativa, che porta oggettivamente ad una riduzione di occasioni di contatto sociale (anche a causa della progressiva limitazione dell'autonomia fisica). La famiglia diventa perciò elemento ancora più importante per la qualità della vita dell'anziano, rappresentando il contesto fondamentale entro cui

può presumibilmente continuare ad esercitare un ruolo attivo ricevendo sostegno e, se necessario, una risposta alle proprie esigenze di aiuto e assistenza. In famiglia l'anziano passa la maggior parte delle giornate (considerando il ridursi della mobilità all'aumentare dell'età). Ma uomini e donne nelle età anziane vivono in forme familiari differenti. Si osservano più donne che uomini in quelle situazioni familiari (persone sole, nuclei monogenitore, membri isolati) in cui il rapporto di coppia, anche quando esisteva, si è ormai sciolto. Prevalgono, invece, gli uomini nelle situazioni familiari basate sul rapporto di coppia, con figli o senza figli. In sostanza, gli uomini continuano a vivere con una partner, mentre le donne, se non hanno qualche figlio che si ferma nella famiglia di origine, vivono sole, per poi entrare a far parte, in alcuni casi, della famiglia del figlio.

All'aumentare dell'età, per effetto della vedovanza, cresce la quota di coloro che si ritrovano soli mentre diminuisce la proporzione di coloro che vivono in coppia. Ciò è particolarmente evidente per le donne, che possono contare su una speranza di vita superiore di circa sette anni rispetto agli uomini e che, mediamente, sono più giovani di qualche anno rispetto al coniuge. Questo stesso motivo, accanto ad una maggiore propensione dell'uomo rimasto solo a costruire un nuovo nucleo familiare, spiega perché la quota dei maschi in coppia sia di molto superiore a quella delle femmine in tutte le età anziane.

Con l'età cresce anche la quota dei membri aggregati, cioè delle persone che vivono insieme a uno o più nuclei familiari senza farne parte (l'anziano che vive nella famiglia del figlio sposato, per esempio).

L'aumento è evidente per i grandi vecchi ed è imputabile generalmente all'inserimento dell'anziano nella famiglia dei figli o di altri parenti nel momento in cui diminuisce l'autosufficienza. La maggiore presenza di donne in questo caso è dovuta ad un'età media delle donne più alta degli uomini (e conseguentemente a maggiori problemi di non autosufficienza).

È interessante notare come, tra i 65 e i 74 anni, il 40,3% delle donne vive ancora la fase del «nido vuoto» (cioè, in coppia senza i figli che sono ormai usciti dalla famiglia), mentre, a partire dai 75, quasi la metà vive da sola. Diversamente succede per gli uomini che, fino ai 64 anni, vivono prevalentemente con moglie e figli (50,8%), dai 65 ai 74 vivono soprattutto in coppia senza figli (55,3%) e nella stessa situazione permangono anche dopo il compimento del settantacinquesimo compleanno (57,7%).

1.7 LE FAMIGLIE DI ANZIANI

Il processo di invecchiamento della popolazione ha prodotto non solo un incremento assoluto della popolazione anziana ma anche delle famiglie composte di soli anziani. È molto importante analizzare questo aspetto perché un problema fondamentale che si pone con l'emergere e il crescere delle famiglie di anziani è quello della segregazione generazionale, problema che si acutizza in assenza di relazioni sociali sviluppate.

Nel 1995-1996 le famiglie di cui fa parte almeno un anziano di 60 anni e più sono il 48,2% del totale; quelle con almeno un anziano di 65 anni e più sono il 39%.

Tre milioni e 652 mila famiglie sono composte interamente da persone oltre i 60 anni; se si considerano gli anziani di 65 anni e più, si passa a tre milioni e 59 mila famiglie. Le famiglie composte solamente di persone con 75 anni o più raggiungono il 7,5% del totale; quelle di tutti ultraottantenni il 4,4%.

Le famiglie di anziani sono più presenti nell'Italia nord-occidentale e meno nelle Isole, come effetto dei diversi gradi di invecchiamento della struttura della popolazione delle differenti ripartizioni.

Analizzando la tipologia delle famiglie con anziani e senza anziani si può rilevare che, com'è ovvio, mentre nelle famiglie senza anziani dominano le coppie con figli (66,3%), nelle famiglie anziane, all'opposto, predominano gli anziani soli.

Conclusioni

Da quanto esposto si nota come il progressivo incremento delle persone anziane e vecchie, in prevalenza donne che vivono sole ed in stato di vedovanza, la loro diffusione sul territorio con livelli fortemente differenziati (fra insiemi di comuni, fra centri storici e quartieri periferici delle medie e grandi città) e le loro condizioni di vita, pongono problemi politici ed organizzativi assai complessi ed articolati, per affrontare i quali è necessario disporre di adeguati strumenti di pianificazione e di intervento. In particolare, nelle zone demograficamente depresse, costituite da numerosi comuni di piccola compagine demografica disseminati su un vasto territorio, un processo di invecchiamento rapido ed intenso si accompagna sovente anche ad una scarsità di risorse umane ed infrastrutturali. In questi casi sorgono problemi di non facile soluzione inerenti la gestione del territorio e l'allocazione di risorse, di strutture e di servizi socio-sanitari.

Di fronte a mutamenti così imponenti e differenziati il Paese si troverebbe in difficoltà ove non si intervenisse con provvedimenti atti a ristabilire via via un processo di adattamento dinamico, dal punto di vista individuale e collettivo, dal punto di vista biomedico ed economico-sociale. La difficoltà del processo consiste, fra l'altro, nel fatto che l'invecchiamento, tanto individuale quanto collettivo, nelle dimensioni attuali, costituisce una assoluta novità nella storia dell'umanità, e che l'Italia si trova in una posizione di assoluta avanguardia senza possibilità quindi di rifarsi ad altre esperienze, se non per piccoli e marginali aspetti.

È innegabile che un fattore preponderante dell'allungamento della vita occorso in questo secolo sia da identificare nel progressivo benessere economico realizzatosi nelle nazioni sviluppate, tra cui l'Italia. È anche realistico pensare che tale fenomeno non si sia ancora arrestato, come si può dedurre dal continuo aumento dell'aspettativa di vita e dal progressivo aumento del numero degli ultracentenari.

Alcune preoccupazioni accompagnano un'evoluzione che, nelle sue linee generali, non potrà che essere positiva. Il processo di semplificazione delle strutture familiari, il ridottissimo numero di figli di queste generazioni rischiano di incrinare la maggiore, e spesso più efficiente, fonte di sostegno degli anziani di domani. Sarà pronta la società a sostituirsi alla rete di sostegno familiare in modo da garantire a questi anziani l'appoggio che, nel bene e nel male, la famiglia ha finora garantito?

2

**STATO DI SALUTE DEGLI ANZIANI
E SERVIZI SOCIO-SANITARI**

La sfida maggiore che si presenta per i prossimi anni alle società civili è essenzialmente la riduzione del divario oggi esistente tra aspettativa di vita totale e aspettativa di vita attiva, priva di disabilità. Gli ultimi 5-7 anni di vita sono, infatti, caratterizzati da un rischio molto elevato di comorbidità e dipendenza. Le prospettive a medio-lungo termine per la riduzione di tale rischio si basano su due fondamentali riscontri: 1) nessuna malattia si identifica con l'invecchiamento normale, e pertanto non è più giustificabile oggi un atteggiamento fatalistico verso la vecchiaia; 2) una consistente percentuale di «molto» anziani – cioè gli ultraottantacinquenni – è in buona salute, senza importanti malattie e pienamente autosufficiente. È evidente che se la percentuale di autosufficienti si potesse spostare dal 15-20% attuale ad almeno il 50-60%, si otterrebbe un formidabile risultato non solo in termini di qualità di vita individuale, ma anche di enorme risparmio di risorse per l'assistenza sanitaria e sociale. Si ipotizza, ad esempio, che un'efficace terapia della demenza di Alzheimer, con la possibilità di posticipare di sei mesi l'insorgenza della disabilità nei pazienti, porterebbe in Italia ad un risparmio di circa 5.000 miliardi di lire sull'assistenza continuativa. È stato detto, e certamente non a torto, che il futuro del Welfare State si giocherà nel prossimo secolo nella capacità delle nazioni di risolvere i problemi dell'assistenza socio-sanitaria agli anziani.

2.1 TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA E BISOGNI EMERGENTI

Al momento, anche per la non completa percezione e conoscenza della reale entità del fenomeno dell'invecchiamento, la riorganizzazione delle strutture sociali e sanitarie è certamente inadeguata rispetto alla straordinaria e rapida evoluzione demografica e alla parallela transizione epidemiologica. Infatti alla fortissima diminuzione delle malattie infettive e parassitarie ha fatto riscontro un parallelo aumento di quelle cronic-degenerative. Oggi il 71% delle morti avviene per tumore o malattia del sistema circolatorio e il 75% delle morti avviene dopo il 70° anno di età. Così, ad esempio, la gravissima carenza di posti letto per la lungodegenza ospedaliera e di strutture per la riabilitazione contribuisce alla cronicizzazione di molte patologie.

Nel settore dell'epidemiologia dell'invecchiamento l'Italia possiede strumenti, strutture e competenze di riconosciuta eccellenza, anche a livello internazionale. Ricordiamo innanzitutto la *struttura organizzativa messa a punto dallo Studio ILSA, del PF Invecchiamento*, per lo studio di oltre 5.000 anziani, che costituiscono un campione randomizzato e quindi rappresentativo della popolazione anziana italiana. Lo Studio ILSA è uno dei maggiori studi epidemiologici europei, in cui vengono studiate prevalenza, incidenza e fattori di rischio delle maggiori patologie croniche invalidanti dell'anziano. La prevalenza delle maggiori patologie croniche invalidanti è elevata, come dimostrato dai dati presentati di seguito, ma il fatto che merita particolare attenzione è l'elevata percentuale di anziani non consapevoli di essere affetti da specifiche patologie. I dati sulla «patologia sommersa» sono forse i più rilevanti dello Studio ILSA da un punto di vista di sanità pubblica. In circa il 40% dei casi di ipertensione, e nel 30% dei casi di infarto gli anziani non erano a conoscenza di essere affetti da tale patologia.

Nei casi di demenza iniziale, soprattutto nei maschi di età inferiore ai 75 anni, si è visto che molto spesso i conviventi non erano a conoscenza della patologia del familiare e, quindi, della imminente richiesta di assistenza alla quale saranno sottoposti nel prossimo futuro per assistere l'anziano che, con la progressione della demenza, diventerà sempre più dipendente. Queste percentuali di «patologia sommersa» sono superiori a quelle riscontrate, per esempio, negli Stati Uniti o in Svezia, dove comunque si è già partiti da diversi anni con progetti longitudinali che permettono il monitoraggio costante dei gruppi a più alto rischio di malattia e disabilità.

Lo Studio ILSA rappresenta la prima iniziativa nazionale, condotta su un campione rappresentativo della popolazione anziana, in grado di fornire *stime di prevalenza e di incidenza delle maggiori patologie croniche*, quali la demenza, il parkinsonismo, l'ictus, le polineuropatie periferiche, la cardiopatia ischemica, lo scompenso cardiaco, le aritmie, le arteriopatie periferiche, l'ipertensione, il diabete.

Queste patologie sono rilevanti non solo per la loro elevata frequenza nella popolazione anziana, ma perché la loro presenza, spesso concomitante, è responsabile in larga parte della elevata richiesta sanitaria e della perdita di autonomia nelle persone anziane. Lo Studio ILSA, quindi, analizza anche l'impatto di queste patologie e dei loro fattori di rischio socio-economici, comportamentali e biologici sulla perdita di autosufficienza nell'anziano. I risultati sulle prevalenze delle patologie croniche investigate sono presentati in Tabella 1.

Tab. 1. - Studio ILSA: prevalenza* (%) di alcune patologie

	Femmine	Maschi
<i>Sistema nervoso</i>		
Demenza	7.1	5.1
Ictus	5.9	7.3
Parkinsonismi	3.0	2.9
Neuropatia distale simmetrica	6.5	6.4
<i>Sistema cardiovascolare</i>		
Angina	6.9	7.8
Infarto miocardico	4.8	10.6
Scompenso cardiaco	7.3	5.3
Aritmia	20.2	24.7
Iipertensione	62.7	54.8
Arteriopatia periferica	4.5	7.4
<i>Sistema endocrino</i>		
Diabete	13.5	12.8

* Tassi di prevalenza standardizzati per età e sesso sulla popolazione italiana

Oltre il 6% dei partecipanti è affetto da demenza, il 7% da infarto miocardico, il 22% da aritmia, il 60% da ipertensione, il 13% da diabete. Questi dati sono basati su una valutazione oggettiva dello stato di salute, secondo criteri clinici standardizzati e derivano da un campione rappresentativo di tutta la popolazione anziana italiana.

I dati dello studio ILSA dimostrano inoltre che con l'avanzare dell'età aumentano generalmente sia la prevalenza che l'incidenza delle maggiori patologie croniche - demenza, diabete, ipertensione, cardiovasculopatie di origine arteriosclerotica, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva ecc. -. Queste malattie sono frequentemente associate tra loro e creano un quadro clinico molto complesso da trattare. La polipatologia è, quindi, il quadro dominante dell'età avanzata, soprattutto dai 75 anni

in poi (Figura 1). In questa fascia d'età aumenta anche notevolmente il rischio di non autosufficienza (Figura 2). È questo il quadro che porta alla definizione di *'anziano fragile'*, ossia di una persona che di solito ha più di 75 anni ed è caratterizzata da un aumentato rischio di polipatologia e non autosufficienza.

Sulla base dei dati demografici ed epidemiologici si può ipotizzare che attualmente almeno un milione di persone anziane abbiano necessità di interventi di assistenza continuativa - sociali o sanitari o sociali e sanitari assieme. Questo numero sarà destinato a raddoppiare nel giro di vent'anni se si realizzeranno le previsioni demografiche riportate nel capitolo precedente. Il fabbisogno assistenziale varia ovviamente in rapporto al deficit funzionale e deve essere, quindi, calcolato non solo sul numero assoluto degli anziani presenti in una data area, ma sulla prevalenza degli anziani aventi necessità di assistenza continuativa. Tuttavia dati di prevalenza di questo tipo sono in gran parte mancanti nelle singole regioni italiane.

La comparsa delle malattie croniche invalidanti è sicuramente condizionata da fattori genetici, biologici, ambientali e sociali. Ad esempio, lo Studio ILSA ha dimostrato che alcune caratteristiche socio-economiche, come il tipo di attività lavorativa (Figura 3) e la scolarità, o biologiche, come la terapia estrogenica nella donna (Tabella 2), possono ridurre significativamente il rischio di comparsa della demenza di Alzheimer o di altre importanti patologie cronico - degenerative. In base a questi ed a molti altri dati epidemiologici non appare assolutamente giustificato un approccio fatalistico nei confronti delle patologie dell'anziano, perché anche nelle fasce di età più avanzate risultano efficaci - in qualche caso, come nella terapia antiipertensiva, ancora più efficaci che nell'adulto - programmi di prevenzione di molte malattie.

Tab. 2. - Studio ILSA: terapia estrogenica sostitutiva (ERT) e demenza

	Demenza si (n=128)	Demenza no (n=1461)	OR (95% CI)	p
ERT si	2,7%	97,3%	0,30 (0,12 - 0,76)	0,007 (0,07*)
ERT no	8,2%	91,8%		

* p corretta per età ed istruzione

Fonte: Baldereschi et al. Neurology, in press

La fragilità dell'anziano è alla base dell'instabilità delle sue condizioni di salute. Le cause più varie - stress psichici, scadimento delle condizioni socio-economiche, ospedalizzazione improprie, trattamenti inadeguati ecc. - possono facilmente tradursi in gravi scompensi generali con la comparsa di patologie importanti, spesso determinanti quadri di dipendenza più o meno grave. Da ciò derivano alcune conclusioni rilevanti di seguito riportate.

Il momento critico da cui dipende l'autosufficienza dell'anziano è sempre il peggioramento delle condizioni di salute. Quando ciò si verifica, sono gli interventi sanitari tempestivi che debbono, comunque, avere un ruolo prioritario nella gestione dell'anziano fragile, in quanto i trattamenti curativi e riabilitativi sono il mezzo più efficace per ridurre il rischio di perdita dell'autonomia personale. Nell'anziano, quindi, le strategie di *prevenzione terziaria assumono un'importanza del tutto particolare*.

Le patologie senili riconoscono, tuttavia, come importanti fattori di rischio anche condizioni ambientali o socio-economiche. Ne deriva che gli *interventi di assistenza continuativa debbono essere anche di pertinenza del comparto sociale*.

Il continuo miglioramento delle condizioni socio-economiche nelle nazioni sviluppate ha avuto un'importanza fondamentale nell'allungamento dell'aspettativa di vita e nella lenta ma progressiva riduzione della prevalenza della non autosufficienza. *Al contrario lo scadimento delle condizioni socio-economiche di una popolazione ha*

avuto sempre ripercussioni negative sulla salute della stessa, prima di tutto sulla fascia più debole - gli anziani. Il peggioramento del tenore di vita si è costantemente tradotto in una riduzione dell'aspettativa di vita ed in un aumento dell'incidenza di molte patologie e, in ultima analisi, della spesa sanitaria. Lo stretto rapporto esistente tra condizioni socio-economiche e stato di salute della popolazione anziana testimonia la necessità di un approccio globale - e non orientato esclusivamente verso obiettivi di carattere economico - quando ci si appresta ad affrontare i complessi problemi che oggi caratterizzano le società del mondo occidentale.

La coesistenza di fattori sanitari, socio-economici, psicologici ed ambientali alla base della salute dell'anziano giustifica una strategia basata, da una parte, sulla Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD) e sull'intervento globale realizzato dall'Unità Valutativa Geriatrica (UVG) e, dall'altra, sulla piena integrazione tra comparto sociale e sanitario.

La Tabella 3 presenta la percentuale di partecipanti con diversi livelli di disabilità nelle comuni attività della vita quotidiana (ADL), secondo il loro stato di convivenza.

Tab. 3 - **Studio ILSA: Prevalenza (%) di disabilità secondo lo stato di convivenza dei partecipanti**

	Femmine			Maschi		
	Solo	Con ultra 65enne	In Istituto	Solo	Con ultra 65enne	In Istituto
Autosufficiente	73	67	33	77	68	41
Lieve Disabilità	19	20	16	13	19	29
Grave Disabilità	6	12	35	8	10	21
Non Autosufficiente	2	1	16	2	3	9

Informazioni sulla necessità di assistenza per gli anziani disabili, in base alla disponibilità di supporto familiare, sono indubbiamente fondamentali nella valutazione dei bisogni sul territorio. Nella tabella 3, per esempio, vediamo che il 33% delle donne ed il 41% dei maschi istituzionalizzati è totalmente autosufficiente e potrebbe essere mantenuto a casa, probabilmente con soli interventi di carattere sociale. Al contrario, il 21% delle donne ed il 23% dei maschi con grave disabilità o totalmente non autosufficiente vive solo o con un'altra persona pure ultrasessantacinquenne. Solo in una piccola percentuale di casi questi individui ricevono qualche forma di assistenza domiciliare. Da questi dati risulta evidente l'unicità e la rilevanza dello Studio ILSA come fonte di dati essenziali per la pianificazione di interventi sociali e sanitari per gli anziani.

Sempre nell'ottica di una corretta allocazione delle risorse e pianificazione dei servizi sanitari, risultano di fondamentale importanza i dati ILSA relativi al ricorso all'ospedalizzazione per ciascuna patologia in studio. Tali dati sono stati sintetizzati nelle Figure 4 e 5.

Complessivamente, tutte le malattie età-correlate indagate dallo studio ILSA risultano avere un'alta percentuale di ospedalizzazione, ad ulteriore dimostrazione di come gli ultrasessantacinquenni siano i maggiori fruitori dei servizi sanitari.

Come si può vedere dalla Figura 4, per alcune patologie, per lo più ad andamento cronico progressivo, il ricovero ospedaliero risulta più frequente nella fascia di età 65-69, per poi diminuire nella fascia 70-74 anni e quindi riaumentare nelle età successive. Questo andamento sembra rispecchiare le attuali esigenze di ospedalizzazione nelle prime fasi di malattia per la definizione diagnostica e la messa a punto delle terapie. Dopo un intervallo di relativo benessere, tali patologie richiedono nuovamente l'ospedalizzazione per l'aggravarsi del quadro clinico.

Altre malattie, quali l'ictus, l'infarto miocardico, le aritmie cardiache, l'ipertensione

arteriosa e il diabete con le loro complicanze, mostrano invece un incremento costante del tasso di ospedalizzazione all'aumentare dell'età (Figura 5).

Le diverse patologie, dunque, sembrano avere un diverso andamento delle richieste di prestazioni sanitarie, e ciò dovrebbe essere preso in considerazione in ambito di programmazione sanitaria.

2.2 IL CONSUMO DI FARMACI

Il consumo di farmaci, insieme con il ricorso ai servizi sanitari, è una delle discriminanti più consistenti tra anziani e persone in età attiva; i primi, infatti, consumano farmaci in un rapporto quasi di tre ad uno rispetto alla popolazione al di sotto dei 60 anni. Nel 1996, il 65,6% degli anziani ha assunto farmaci nei due giorni precedenti la rilevazione, contro il 23,5% del resto della popolazione. Nella stragrande maggioranza dei casi (96,1%) e comunque in misura nettamente superiore al resto della popolazione (81%), tali farmaci vengono prescritti agli anziani dal medico curante. Al crescere dell'età la quota di coloro che assumono farmaci tende a crescere, e così anche le persone che si affidano al consiglio del medico. Se tra i 60 ed i 64 anni prendono farmaci il 53,6% degli anziani, per gli ultrasessantatrenni questo valore sale al 76,9%; se, inoltre, i primi seguono le prescrizioni di un sanitario nel 94,6% dei casi, gli altri raggiungono una quota del 96,7%, anche per effetto del crescente peso all'aumentare dell'età delle patologie più gravi e, quindi, meno risolvibili attraverso l'autoprescrizione.

2.3 LE PRINCIPALI CAUSE DI MORTE

Nel 1994, in Italia, tra la popolazione ultrasessantenne residente si sono verificati 479.647 decessi, di cui 234.997 di maschi e 244.650 di femmine.

Per i maschi, come si evince dalla tabella 4, i decessi sono principalmente dovuti a *malattie del sistema circolatorio* (100.008 casi), *ai tumori* (75.157 decessi) e alle *malattie dell'apparato respiratorio* (19.372 casi).

Anche per le donne l'ordine gerarchico delle prime tre cause di decesso è il medesimo: hanno una netta prevalenza le *malattie del sistema circolatorio* con 127.447 casi, i *tumori* con 52.971 casi e le *malattie dell'apparato respiratorio* (12.714 casi). Sono, però, quarte in graduatoria le *malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari* (10.780 casi), patologie che tra gli uomini sono precedute dalle *cause esterne dei traumatismi e degli avvelenamenti*.

Le prime tre cause di decesso hanno determinato oltre l'80% dei decessi di tutta la popolazione ultrasessantenne.

Per quanto riguarda le *malattie del sistema circolatorio* si può rilevare, tra gli uomini, come al loro interno siano state le *malattie ischemiche del cuore* a mietere più vittime (circa il 35%), e come il loro peso abbia ceduto il predominio ai *disturbi circolatori dell'encefalo* e alle *malattie del circolo polmonare* solo nelle ultime due fasce di età.

Tra le donne ultrasessantenni, il sottogruppo delle *malattie del sistema circolatorio* che ha avuto nel complesso il peso dominante è stato quello dei *disturbi circolatori dell'encefalo*, ma, fino ai 75 anni, come per gli uomini, hanno prevalso le *malattie ischemiche*.

Per quanto riguarda i *tumori*, per entrambi i sessi il primo posto appartiene alle patologie maligne dell'*apparato digerente*, che hanno determinato tra le donne circa il 45% del totale dei decessi per tumore, e tra gli uomini oltre il 34%. Al secondo posto per gli uomini ci sono i *tumori maligni dell'apparato respiratorio*, il cui peso è stato

predominante nelle tre fasce d'età meno anziane. Interessante, sempre per gli uomini, è anche l'andamento crescente con l'età del peso dei *tumori maligni degli organi genitourinari*. Al secondo posto, per le donne, ci sono alcune patologie tipiche femminili: i *tumori maligni della mammella, dell'utero, delle ovaie e degli altri annessi uterini*. Quest'ultime cause hanno determinato oltre il 23% dei decessi per tumore delle ultrasessantenni, colpendo soprattutto le fasce d'età meno anziane, tanto da costituire oltre il 37% dei tumori nella fascia d'età 60-64 anni e il 32% della fascia d'età 65-69 anni, e continuando a mantenere un peso rilevante anche nelle età più anziane.

Tab. 4 - 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	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 >	Totale
<i>Maschi</i>								
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	36,1	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	20,1	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	11.605	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 nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	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
<i>Femmine</i>								
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	5.800	7.817	10.272	8.206	10.702	6.946	3.210	52.971

segue: Tab. 4

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	1,32	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 nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	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 traumatismi 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

2.4 STATO DEI SERVIZI SOCIALI E SANITARI

Su iniziativa della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), nel giugno del 1988 si tenne presso la Sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del S. Cuore il Convegno «Non autosufficienza dell'Anziano: strategie operative e sistema nazionale a confronto». In quella occasione si pose l'accento, per la prima volta nel nostro Paese, sulla prevenzione della «fragilità» dell'anziano, sul valore dell'Unità Valutativa Geriatrica (UVG), sull'importanza di strutture residenziali adatte per ospitare anziani non autosufficienti e sulla necessità di una formazione specifica per gli operatori del settore. Quei concetti costituirono, poi, il razionale del Progetto Obiettivo Tutela della Salute dell'Anziano (P.O.S.A.) avviato dal Ministro della Sanità dell'epoca, successivamente approvato in sede parlamentare nel gennaio del 1992 ed, infine, inserito nel Piano Sanitario Nazionale 1994-1996.

Qualsiasi genere di programmazione – soprattutto in settori particolarmente delicati come sono quelli dell'assistenza sanitaria e sociale – dovrebbe essere fondato su un soddisfacente livello di conoscenza dell'esistente. Il P.O.S.A. nella versione approvata da Camera e Senato nel gennaio 1992 a questo proposito specificava, nelle azioni da compiere, la necessità di «attivare, anche in collaborazione con altri progetti nazionali aventi analoghi obiettivi (per esempio Progetti Finalizzati del CNR), n. 4 osservatori permanenti...». Lo stesso documento sottolineava, inoltre, una diversità di impostazione tra medicina tradizionale – il cui obiettivo è la guarigione della malattia – e la medicina geriatrica – la cui priorità è l'ottimizzazione della qualità della vita e aggiungeva che «tale problematica è stata pienamente accolta nel Progetto Finalizzato Invecchiamento del Consiglio Nazionale delle Ricerche, che dedica al problema della qualità della vita degli anziani un intero sottoprogetto, articolato in diverse linee di ricerca». L'edizione del P.O.S.A., riproposto in forma più sintetica nel Piano Nazionale 1994-1996, riconfermava, tra le varie azioni proposte, quella di «attivare osservatori permanenti esterni al

- 4 Servizio Sanitario Nazionale su aspetti funzionali, economici e di qualità dell'assistenza erogata agli anziani» con l'obbligo di produrre annualmente un rapporto.

L'unico «osservatorio» che autonomamente ha raccolto, con metodologie rigorosamente scientifiche, dati rappresentativi di tutta la popolazione anziana in Italia in relazione agli aspetti demografici, epidemiologici ed assistenziali è stato sinora il PF Invecchiamento del CNR.

Unità di valutazione geriatrica

L'Unità di Valutazione Geriatrica è stata istituita con relativi provvedimenti in Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Sicilia. È stato rilevato, comunque, che non sempre al momento programmatico ha fatto seguito quello della verifica dell'attivazione di questo servizio a livello locale (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania).

In una ricerca condotta nel 1995 nell'ambito del PF Invecchiamento su 61 USL che avevano istituito un servizio di Assistenza Domiciliare Integrata solo nel 57,3% viene condotta una Valutazione Multi-Dimensionale (VMD) da parte dell'UVG. Inoltre, l'analisi degli strumenti di VMD impiegati e dell'organico delle UVG depone per un quadro estremamente eterogeneo delle realizzazioni in questo settore (Tabelle 5, 6, 7).

Tab. 5. - **Figure professionali che effettuano la valutazione del caso**

	Numero totale	Percentuale
U.V.G. Collegialmente	35/61	57,3
Assistente sociale	32/61	52,4
Medico di distretto	22/61	36,0
Infermiere professionale	16/61	26,2
Geriatra	15/61	24,5
Medico di base	17/61	27,8
Altra figura medica	7/61	11,4

Fonte: Abate G, Bavazzano A, Di Iorio A. Assistenza domiciliare integrata: indagine conoscitiva sulla situazione nazionale. CNR - PFI. Roma 1995).

Tab. 6. - **Valutazione e strumenti**

	Numero totale	Percentuale
Effettuano la valutazione	56/61	91,8
Non effettuano la valutazione	5/61	8,1
Strumento specifico*	38/61	62,2

* GEFI (6 casi), AGED (5 casi), BINA (5 casi), SVAD (4 casi), CCR (2 casi), GERONTE (1 caso). Dato non rilevato in 15 casi. Fonte: Abate G, Bavazzano A, Di Iorio A. Assistenza domiciliare integrata: indagine conoscitiva sulla situazione nazionale. CNR - PFI. Roma 1995).

Tab. 7. - **Composizione dell'UVG**

	Numero totale	Percentuale
<i>Figure mediche</i>		
Geriatra	42/61	68,8
Altri	19/61	31,1
Medico di base	14/61	22,9
Fisiatra	13/61	21,3

segue: Tab. 7

<i>Altre figure professionali</i>		
Infermieri	45/61	73,7
Assistenti sociali	44/61	72,1
Fisioterapisti	21/61	34,4

Fonte: Abate G., Bavazzano A., Di Iorio A. Assistenza domiciliare integrata: indagine conoscitiva sulla situazione nazionale. CNR - PFI Roma 1995)

Facendo ricorso – contrariamente a quanto raccomandato a più riprese nelle linee guida ministeriali – ai più svariati strumenti di VMD, alcuni dei quali mai validati scientificamente, diventa praticamente impossibile fare analisi comparative tra le varie esperienze effettuate e, tanto meno, controlli di qualità sui risultati ottenuti.

Servizio di assistenza domiciliare integrata

Il rapporto 1996 del Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità riporta che il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è stato avviato in alcune AUSL, in gran parte situate nel Nord Italia, mentre in altre non è stato neppure progettato. In nessun caso, tuttavia, si riesce ad avere una qualche informazione sull'entità delle richieste soddisfatte rispetto alle domande inevase. Anche sulla base dei dati riportati dal PF Invecchiamento, si ha l'impressione che la situazione attuale non sia molto diversa da quella rilevata in uno studio della Comunità Europea del 1991, dove risulta che la percentuale di interventi di assistenza domiciliare rispetto al numero di ultrasessantacinquenni risulta di gran lunga inferiore nel nostro Paese rispetto alle altre nazioni dell'Unione Europea (Figura 6).

Sperimentazione di modelli innovativi di assistenza domiciliare integrata

Il P.O.S.A. aveva, tra i vari obiettivi, quello di sperimentare modelli innovativi di ADI. Il PF Invecchiamento ha cercato di rispondere in tal senso, sperimentando in Italia soluzioni che si erano dimostrate molto valide in altre nazioni. Sono state, quindi, condotte ricerche in diverse AUSL dell'Italia Settentrionale e Centrale da parte di vari gruppi di ricerca sperimentando il modello attuato in Canada, basato sull'integrazione tra comparto sociale e sanitario e sull'utilizzazione dell'UVG e del case-manager o coordinatore del caso. Le sperimentazioni sono state precedute da un periodo di formazione del personale – medici di medicina generale (MMG), infermieri e/o assistenti sociali – incaricato di eseguire la VMD. Si sono, inoltre, concordati protocolli per ottenere l'integrazione tra Comune e AUSL ed arrivare ad una soddisfacente collaborazione tra i vari operatori coinvolti nell'assistenza all'anziano non autosufficiente. Utilizzando esclusivamente il personale in organico e, quindi, senza spese aggiuntive, ma solo applicando un diverso modello organizzativo, si sono ottenuti notevoli risparmi di spesa soprattutto per una riduzione dell'ospedalizzazione (Tabella 8), ed anche significativi miglioramenti della qualità della vita in termini di riduzione del deficit funzionale, dello stato di depressione e del deficit cognitivo.

Questi risultati dimostrano l'ampio margine esistente per un'effettiva razionalizzazione – cioè per una reale ottimizzazione del rapporto costo/efficacia – della spesa sanitaria per gli anziani nel nostro Paese.

Tab. 8 - **Effetto dell'utilizzo del case-manager sulla spesa sanitaria**
(in lire)

	Trattati¹⁾ (n=99)	Controlli (n=100)	Differenza
Ospedale	447.000.000	688.000.000	- 241.000.000
RSA	163.050.000	318.150.000	- 155.100.000
A.D. di base	166.600.000	215.096.000	- 48.496.000
A.D. infermieristica	21.344.000	19.760.000	+ 1.584.000
Case Manager	100.000.000	=	+ 100.000.000
Totale	897.994.000	1.241.006.000	- 343.012.000

¹⁾ Controlli: anziani lasciati nell'organizzazione precedente; trattati: anziani assistiti con la nuova organizzazione.

Fonte: Bernabei R. e coll. - Congresso Mondiale di Geriatria, Adelaide, agosto 1997.

Residenze Sanitarie Assistenziali

Il divario che ci separava dagli altri Paesi Europei in termini di disponibilità di posti letto in strutture residenziali per anziani non autosufficienti nel 1991 non è probabilmente modificato ed è sostanziale, come illustrato in Figura 7.

Comunque, come riferito nella Relazione sulla condizione dell'anziano del Ministero della Sanità, nell'ambito del Programma straordinario di investimenti un ruolo particolarmente importante è stato svolto dagli interventi (nuove costruzioni, riconversione degli ospedali, ristrutturazioni e completamenti) compiuti per le Residenze assistenziali per anziani. Come riportato in Tabella 1, Allegato 1, su 412 interventi 219 hanno riguardato nuove costruzioni, 48 riconversioni totali o parziali di ospedali, 139 ristrutturazioni e completamenti, cioè interventi su strutture già dedicate all'assistenza agli anziani, e altri 6 interventi, non previsti nelle categorie precedenti, per un totale di 24.141 posti letto sul territorio nazionale. Non risultano presenti nella rilevazione la Valle d'Aosta, la P.A. Bolzano, l'Umbria e la Basilicata, non avendo riservato quote per detti interventi nel primo triennio.

La distribuzione regionale mostra che più del 50% degli interventi sono concentrati in cinque regioni: Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana.

Da un punto di vista *economico*, sei regioni hanno superato il «valore soglia» del 22,7% previsto dall'articolo 1 del decreto 321/89 quale obiettivo da raggiungere e sono: Piemonte, Lombardia, P.A. Trento, Veneto, Emilia Romagna e Toscana.

La distribuzione regionale delle percentuali di finanziamento per RSA per anziani rispetto al finanziamento previsto dal CIPE in data 3/8/1990 mostra che la maggior parte delle regioni presentano percentuali superiori al 70% del previsto. Presentano valori inferiori le regioni Marche, Lazio, Molise, Campania, Sicilia, Sardegna, scostandosi sensibilmente dalla programmazione iniziale (Tabella 2, allegato 1).

Dal punto di vista *demografico*, analizzando gli interventi in base alla popolazione di età > 65 anni presente alla data 1/1/1996, la dotazione regionale di posti letto in RSA mostra un valore nazionale pari a 2,5 p.l. per 1000 anziani. Dalla media nazionale si discostano positivamente il Veneto ed il Piemonte, rispettivamente con 7,2 e 4,1 posti letto per 1000 anziani e, negativamente, tra le regioni che avevano previsto RSA nel programma originario, la Sicilia ed il Lazio, con 0,4 e 0,3 p.l. per 1000 anziani.

Le Tabelle 3 e 4 dell'allegato 1 contengono una serie di informazioni relative a:

- distribuzione dei posti letto finanziati per regione e per tipologia di intervento;
- distribuzione dei finanziamenti per regione e tipologia di intervento;
- mappa della dislocazione delle RSA per anziani finanziate.