

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

PRESENTAZIONE

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

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

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

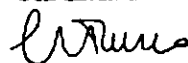
Nel corso dell'anno 1999, espressamente dedicato alle persone anziane dall'Organizzazione delle Nazioni Unite, si sono registrate numerose iniziative con l'obiettivo di sensibilizzare le istituzioni e l'opinione pubblica sulla materia. Nell'ambito delle celebrazioni internazionali, il Ministro per la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

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

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

La Ministra per la solidarietà sociale

On. Livia Turco



SINTESI OPERATIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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