

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

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

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

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

Fonte: dati Istat

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

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

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

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

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

Fonte: elaborazione propria su dati INPS

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

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

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

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

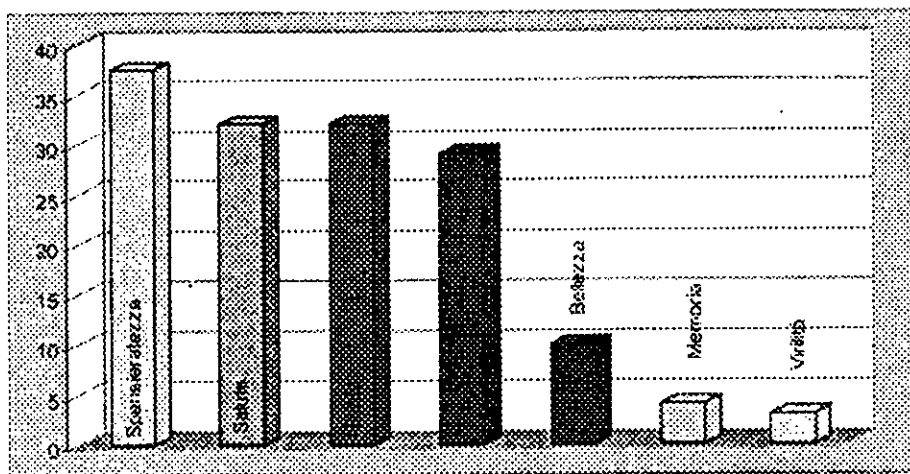
Fonte: dati Istat

4

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

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

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



Fonte: Demotrends n.2/1999, IRP.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: dati Istat

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

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

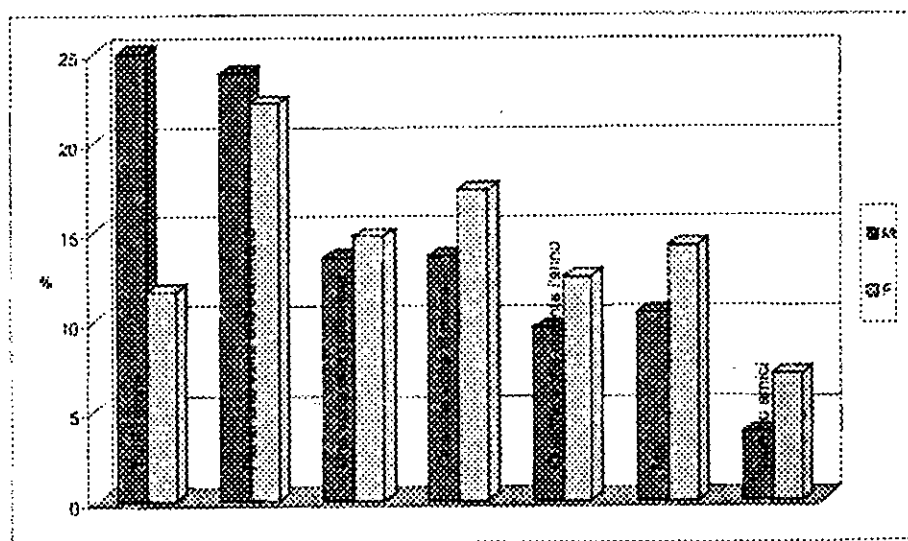
Tab. 4.2 - Persone di 65 anni e più per attività svolta nel tempo libero, per area geografica e genere, anno 1998 (per 100 persone della stessa area e genere).

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

Fonte: cfr. tabella 4.1

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

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



Fonte: dati Istat

4.2. È SODDISFATTO L'ANZIANO?

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

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

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

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

Fonte: cfr. tabella 4.1

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

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

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

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

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

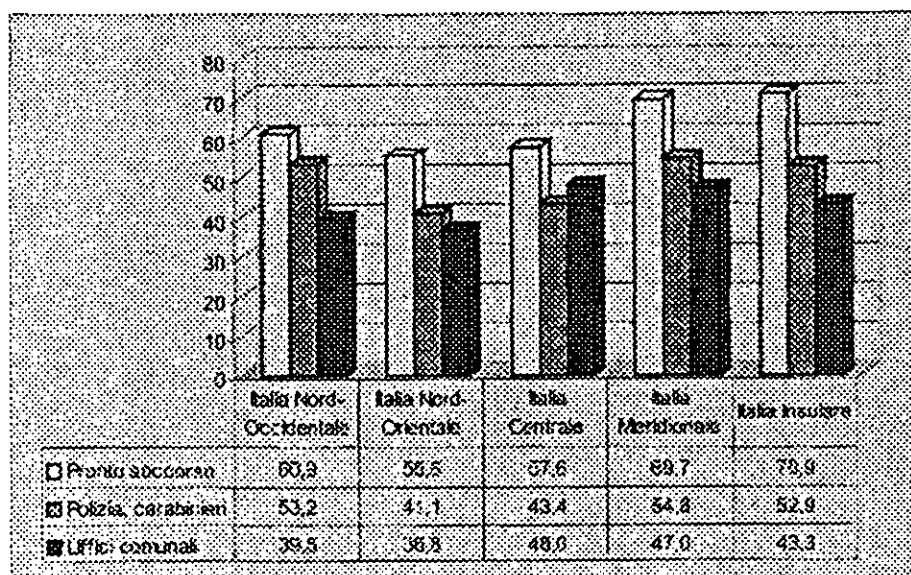
Analizzando la situazione per ripartizione geografica, si notano differenze riguardo il giudizio espresso dagli ultrasessantenni sulla zona in cui vivono, sull'abitazione e sulla condizione economica. Infatti il problema maggiormente sentito al Nord-ovest e Centro riguarda la zona in cui vivono, in quanto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

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

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

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

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



Fonte: cfr. figura 4.2

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

	Zona in cui vivono				Abitazione			Condizione economica	
	Sportività ¹	Traffico ¹	Inquinamento ²	Criminalità ³	Difficoltà nella erogazione dell'acqua	Spese troppo alte	Troppo piccola	In cattive condizioni	Peggiorata
									Stato scarse o insufficienti

AREE GEOGRAFICHE

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

TIPOLOGIA DEL COMUNE

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

¹ molto/a o abbastanza

Fonte: cfr. tabella 4.1

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

1

INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE E ASPETTI SOCIO-SANITARI

1.1 STATO DI SALUTE, CRONICITÀ E DISABILITÀ DELLA POPOLAZIONE ITALIANA

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

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

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

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

1.2. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

1.2.1. L'indagine ISTAT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: elaborazioni proprie su dati ISTAT, 1998

Le principali evidenze che si ricavano dai dati sono:

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

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

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