

Fig. 1.1. - Prevalenza di persone che dichiarano di sentirsi male, per genere e classe d'età. Italia, 1998

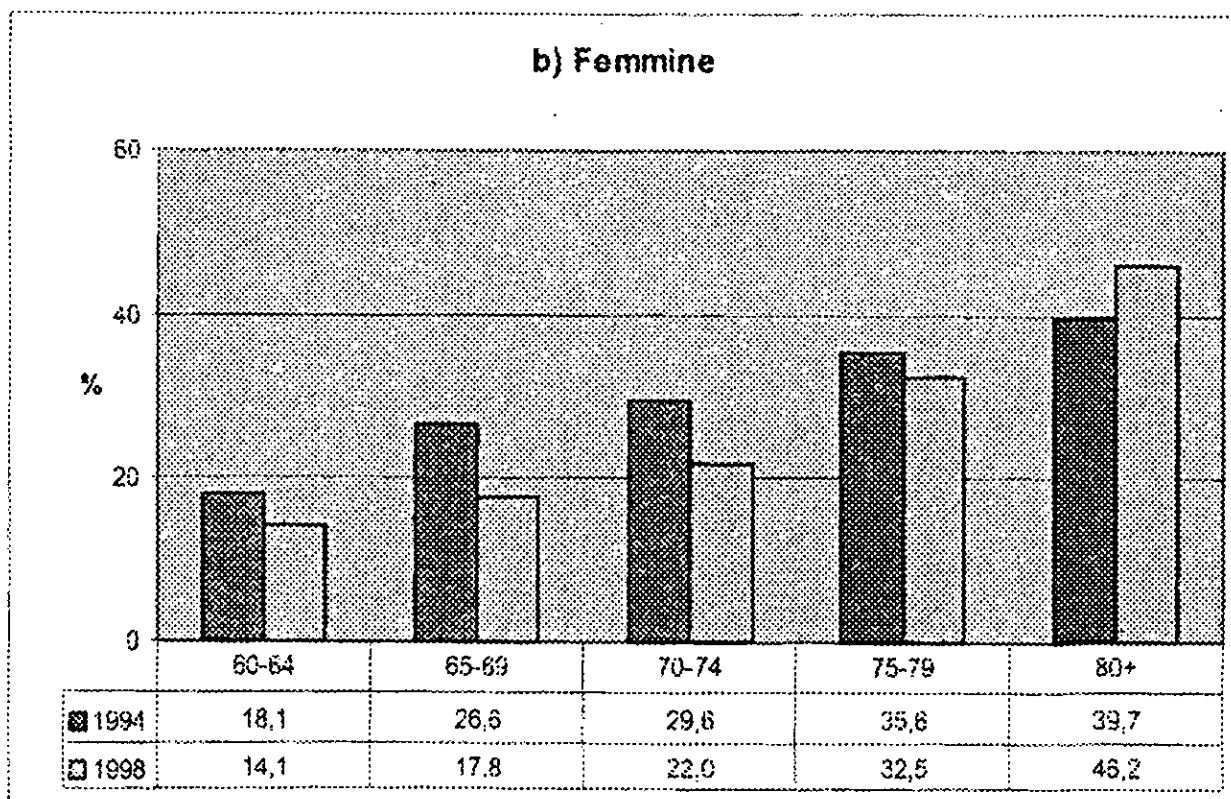
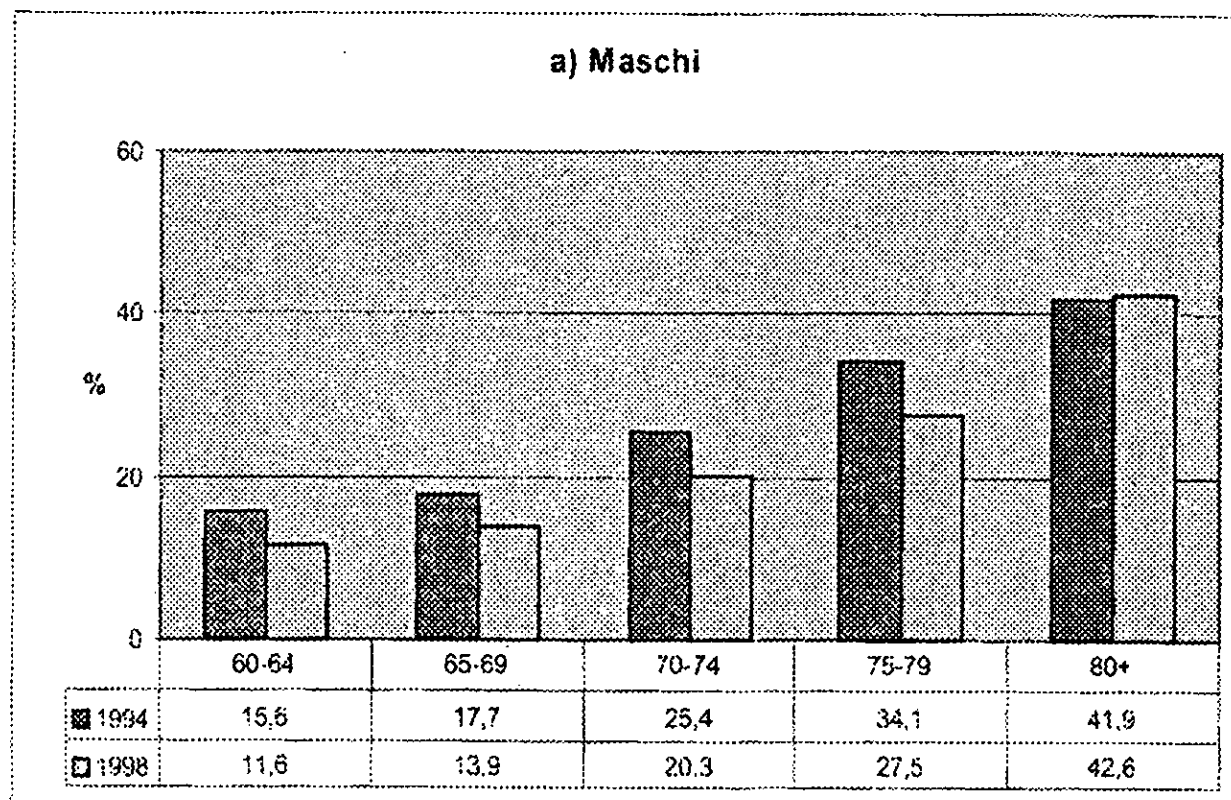
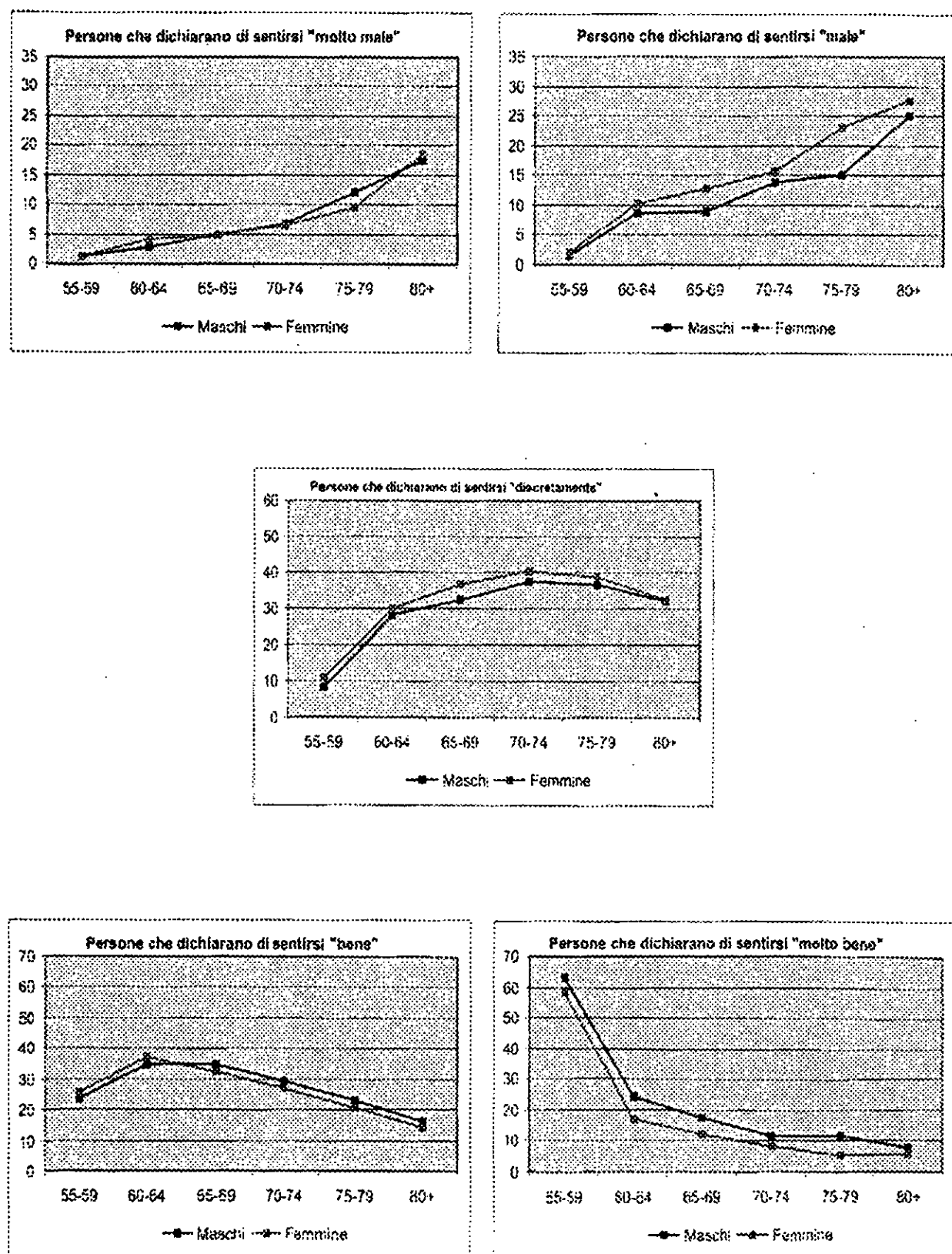
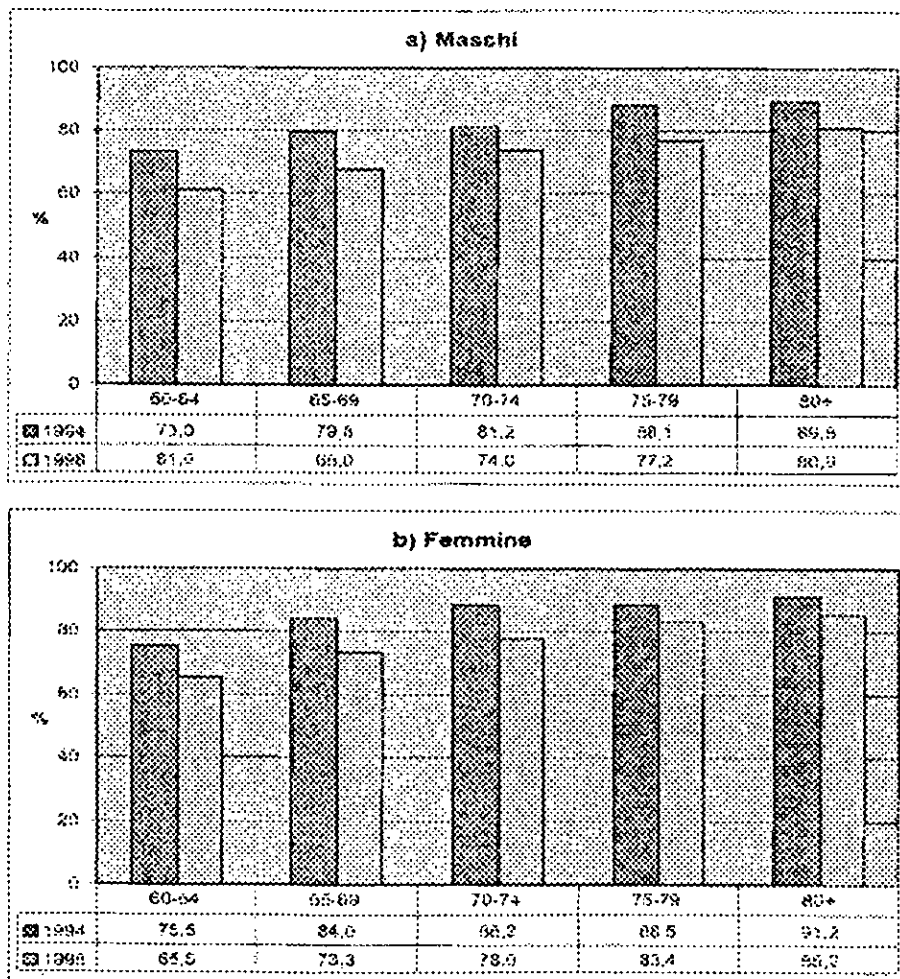


Fig. 1.2 - Popolazione secondo la salute percepita, per sesso e classe di età. Valori percentuali, 1998.



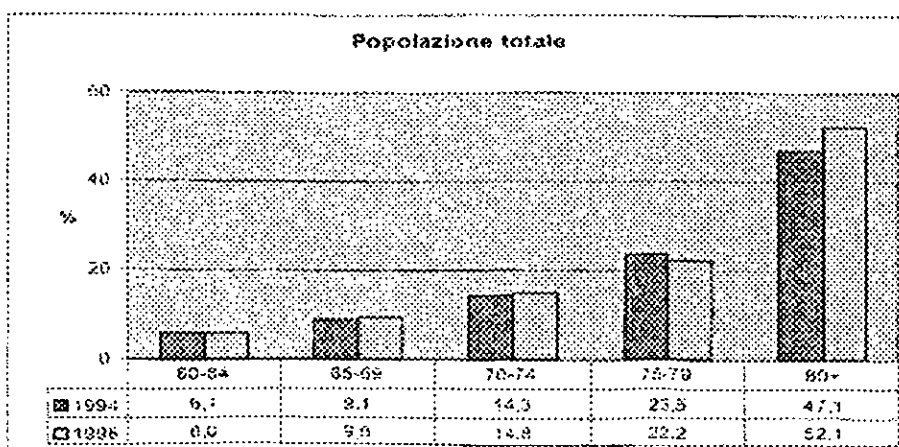
Fonte: cfr. figura 1.1

Fig. 1.3. - Prevalenza di persone con almeno una malattia cronica, per genere e classe d'età. Italia, 1998



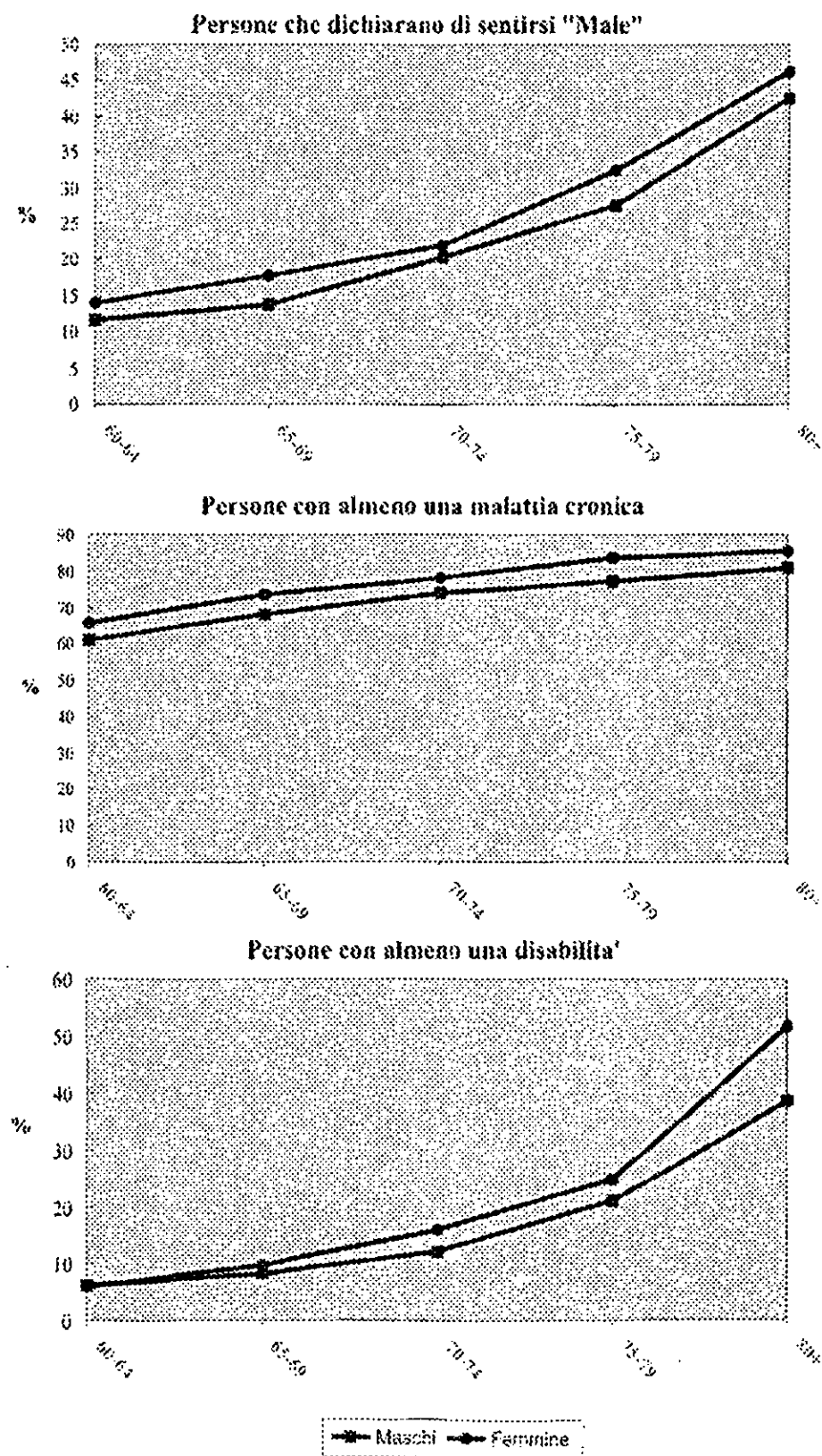
Fonte: cfr. figura 1.1

Fig. 1.4. - Prevalenza di persone con almeno una disabilità, per classi d'età. Italia, 1998.



Fonte: cfr. figura 1.1

Fig. 1.5. - Prevalenza di persone che dichiarano di sentirsi male, con almeno una malattia cronica o almeno una disabilità, per genere e classi di età. Italia 1998



Per quanto riguarda la diffusione delle singole malattie croniche si possono riscontrare interessanti differenze nella graduatoria della popolazione totale e di quella con più di 75 anni e tra uomini e donne (tabella 1.2 e 1.3).

Tab. 1.2. - Graduatoria delle malattie croniche. Popolazione totale distinta per sesso. Valori percentuali (per 100 persone dello stesso sesso), 1998.

Malattie croniche	Maschi	Malattie croniche	Femmine
Artrosi, artrite	13,5	Artrosi, artrite	21,8
Ipertensione arteriosa	8,8	Ipertensione arteriosa	11,8
Bronchite ^(a)	6,6	Osteoporosi	8,4
Malattie allergiche	6,3	Malattie allergiche	7,0
Malattie del cuore	3,8	Bronchite	5,4
Ulcera ^(b)	3,6	Disturbi nervosi	4,7
Diabete	3,1	Diabete	3,9
Disturbi nervosi	2,9	Malattie del cuore	3,5
Osteoporosi	1,5	Ulcera	2,4

^(a) incluse enfisema e insufficienza respiratoria;

^(b) gastrica e duodenale

Fonte: cfr. tabella 1.1

Tab. 1.3. - Graduatoria delle malattie croniche. Popolazione di 75 anni e più distinta per sesso. Valori percentuali (per 100 persone dello stesso sesso), 1998.

Malattie croniche	Maschi	Malattie croniche	Femmine
Artrosi, artrite	47,6	Artrosi, artrite	63,7
Bronchite ^(a)	31,3	Ipertensione arteriosa	41,9
Ipertensione arteriosa	31,1	Osteoporosi	34,2
Malattie del cuore	19,1	Bronchite ^(a)	19,6
Diabete	13,6	Malattie del cuore	16,6
Ulcera	10,7	Diabete	15,6
Disturbi nervosi	10,4	Disturbi nervosi	11,4
Osteoporosi	9,8	Ulcera	6,1
Malattie allergiche	4,0	Malattie allergiche	5,2

Fonte: cfr. tabella 1.1

La graduatoria delle malattie croniche fra gli ultrasessantacinquenni vede ai primi posti l'artrosi/artrite, diffusissima e accusata da circa la metà degli uomini e da circa due terzi delle donne; a questa patologia dovrebbe essere assicurata una maggiore attenzione anche da parte della ricerca scientifica, per la ricerca di farmaci più efficaci e meno onerosi. Appena poco meno diffusa è l'ipertensione arteriosa, che peraltro è spesso latente o ignorata, sicché la sua prevalenza reale è, come dimostreranno i dati raccolti dall'indagine ILSA, assai più elevata di quella che risulta dall'autodichiarazione resa agli intervistatori dell'ISTAT; è una patologia da seguire con particolare attenzione per le pesanti conseguenze che può avere ove sia ignorata e quindi trascurata. Fortemente differenziati per sesso sono la bronchite, assai più frequente fra gli uomini, e l'osteoporosi, assai più frequente fra le donne; in entrambi i casi una intensa opera di

prevenzione ed educazione potrebbe portare a un miglior controllo e a una riduzione della loro prevalenza.

Seppure non ai primi posti della graduatoria, sono importanti, soprattutto in riferimento alla perdita di autosufficienza che spesso comportano, i disturbi nervosi (fra i quali va ricordata la depressione, particolarmente onerosa per il paziente e per i familiari), che rappresentano il 10% circa di tutte le malattie degli anziani, e il diabete.

Da segnalare, inoltre le patologie cronic-degenerative che determinano l'insorgenza di disabilità: assorbono il 50% dei casi e occupano il primo posto tra le cause dell'invalidità malattie come l'Alzheimer e la sindrome di Parkinson; seguono gli episodi acuti invalidanti come quelli cardio e cerebro-vascolari con il 20% dei casi di invalidità; gli incidenti e le malformazioni congenite. Tuttavia, oltre l'85% dei casi di invalidità sono riconducibili ad eventi che insorgono dopo la nascita: pertanto, le politiche di prevenzione, intese sia come comportamenti e stili di vita salutari che come misure sanitarie, potrebbero svolgere un ruolo determinante.

Un aspetto particolarmente importante per la salute degli anziani riguarda la multicronicità (tabella 1.4), ovvero la copresenza di più malattie croniche in uno stesso individuo. Dalla distribuzione della popolazione di ultrasessantacinquenni, distinta per sesso, emerge che fra le persone anziane si ritrova una situazione assai poco favorevole: l'assoluta maggioranza (76,9%) presenta almeno una malattia cronica, mentre più della metà ne presenta due o più. E quindi è interessante osservare che se è vero che una larga quota di persone non è affetta da patologie croniche, è altrettanto vero che chi è malato solitamente ne presenta più di una.

Tab. 1.4. - Popolazione totale e popolazione di 65 anni e più per condizione di salute, numero di malattie croniche e sesso, anno 1998. Valori percentuali (per 100 persone dello stesso sesso ed età)

	Popolazione totale			Popolazione di 65 anni e più		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Buona salute	78,5	72,1	75,2	41,0	33,1	36,3
1 o + malattie	30,7	36,3	33,5	73,6	79,2	76,9
2 o + malattie	13,5	19,6	16,6	46,4	57,5	53,0
Cronici in buona salute	51,4	43,5	47,0	31,7	26,3	28,4

^(a) Per "Buona salute" si intendono le persone che hanno dichiarato di sentirsi "Bene" o "Molto bene".

Fonte: cfr. tabella 1.1

È interessante osservare, sempre nella tabella 1.4, l'elevata percentuale di coloro che pur essendo affetti da una o più malattie croniche, percepiscono come buono il proprio stato di salute, a conferma del fatto che conta più il "come ci si sente" che non la presenza o meno di patologie e disabilità, anche se ovviamente questi elementi, in relazione alla loro tipologia e alla loro gravità, influiscono profondamente sullo stato di salute. Come è stato già rilevato, fin tanto che le malattie croniche consentono all'individuo di continuare a vivere la propria esistenza senza troppe limitazioni o frustrazioni, la persona solitamente dichiara di sentirsi bene o abbastanza bene. Nel momento in cui la gravità della malattia cronica si accentua, sconfinando nella disabilità e divenendo perciò invalidante per l'individuo, allora la percezione della malattia diviene un fatto grave e pesante da sostenere sia al livello individuale (per le sofferenze e limitazioni che può comportare), che al livello familiare e sociale (per la domanda di assistenza che ne può derivare). I dati rilevati e queste considerazioni sottolineano, dunque, l'importanza che l'autopercezione dello stato di

salute ricopre rispetto alla stessa rilevazione oggettiva della presenza o assenza di malattie croniche. Conta certo molto come l'individuo vive la propria malattia e quanto si senta menomato da essa.

Gli aspetti esaminati e le problematiche che ne sono derivate sottolineano la necessità di valutare attentamente la domanda sanitaria ed assistenziale proveniente dai malati cronici e, in modo particolare, dai disabili dato il notevole impatto che questa esercita sulla riorganizzazione dei servizi socio-sanitari rivolti ad anziani, malati cronici e non autosufficienti. E la nostra attenzione deve essere rivolta soprattutto a questi ultimi che - come sottolineato dal Parlamento europeo in occasione della giornata sulla disabilità del 3 dicembre 1995 e successivamente dal Presidente dell'Istat - sono qualificabili come "cittadini invisibili", sia sul piano legislativo che statistico, a causa della scarsa attenzione a loro dedicata. Alla carenza di informazioni si unisce anche la scarsa presenza di strutture a loro dedicate: il tasso di istituzionalizzazione nel nostro paese è molto basso rispetto agli altri paesi europei, per di più la situazione delle circa 300 mila persone istituzionalizzate è fortemente critica.

La necessità di assistenza è peraltro confermata dal tipo di limitazione che la disabilità stessa comporta. L'attività maggiormente compromessa per gli ultrasessantenni è rappresentata dall'incapacità di farsi il bagno o la doccia autonomamente, seguita nell'ordine, dalla difficoltà incontrata nel vestirsi e nel mettersi a letto ed alzarsi da solo e nello svolgere altre attività (tabella 1.5).

Tab. 1.5. - **Popolazione con disabilità, per tipo di limitazione e genere (per 1000 abitanti), 1998**

Tipo di limitazione	Totale	Femminile	Maschi
Confinamento (a)	23,5	32,2	14,4
Difficoltà nelle attività della vita quotidiana (b)	41,6	50,8	32,0
Difficoltà nel movimento (c)	30,2	39,2	20,8
Difficoltà nella comunicazione (d)	12,9	14,6	11,0
Disabili (e)	62,3	77,1	46,9

^a Si tratta di persone confinate in un letto, in una sedia o in una abitazione.

^b Si tratta di persone non in grado di svolgere autonomamente una o più 'funzioni della vita quotidiana' che comprendono le attività di cura della persona (lavarsi, vestirsi, fare il bagno o la doccia, mangiare).

^c Si tratta di persone non in grado di svolgere autonomamente una o più 'funzioni di mobilità' e locomozione (camminare, salire e scendere le scale, raccogliere oggetti da terra).

^d Si tratta di persone non in grado di svolgere una o più delle funzioni della parola, della vista e dell'udito.

^e Si tratta di persone con dipendenza in una o più delle funzioni precedenti.

Fonte: cfr. tabella 1.1

Al disagio provocato dai problemi di salute va aggiunto il disagio sociale con cui si confrontano i disabili: infatti, le persone con problemi di disabilità si trovano a vivere più frequentemente degli altri in abitazioni prive di riscaldamento e in cattive condizioni (tabella 1.6). Circa il 40% di disabili denuncia difficoltà economiche, mentre il 25,6% vive in solitudine, spesso distante dai familiari (23,1%) e in abitazioni senza riscaldamento (21,3%). Si comprende, dunque, l'importanza e il ruolo che i meccanismi di selezione sociale giocano nella tutela della salute.

Le persone socialmente svantaggiate ricorrono più frequentemente a servizi di assistenza generica (tra cui, in primo luogo, il medico di base e l'ospedale) e utilizzano meno i servizi di medicina diagnostica, specialistica e di riabilitazione.

Tab. 1.6. - Indicatori di disagio sociale della popolazione per presenza di disabilità, 1998

Aspetti di disagio sociale	Disabili	Non disabili
Abitazione senza riscaldamento	23,1	14,8
Abitazione senza telefono	11,3	6,9
Abitazione molto distante dai familiari	23,1	17,9
Abitazione in cattive condizioni	8,3	3,9
Risorse scarse o insufficienti	39,7	27,3
Vivono soli	25,6	7,2

Fonte: cfr. tabella 1.1

Una situazione di disagio economico può rappresentare un ostacolo al recupero della salute o all'assistenza adeguata in caso di bisogno. Al tempo stesso, un cattivo stato di salute, in particolare la presenza di disabilità, può rappresentare un ostacolo al miglioramento delle condizioni economiche e sociali perché preclude, talvolta definitivamente, la possibilità di lavoro o di percepire un reddito adeguato.

1.2.2. L'indagine ILSA¹

Nel dichiarare il 1999 "anno dell'anziano" l'ONU diffondeva un documento centrato sulla necessità, da una parte, di ridurre gli effetti negativi della "fragilità" legata alla vecchiaia e, dall'altra, di ridare dignità e valore al ruolo dell'anziano nella società. In realtà si tratta di due obiettivi tra di loro correlati, in conseguenza dello stretto rapporto esistente tra le condizioni socio-economiche e lo stato di salute dell'anziano.

Il concetto di "fragilità" si traduce, facendo riferimento ai dati epidemiologici, nell'aumento del rischio associato di ammalarsi di più malattie insieme - polipatologia o comorbidità - e di perdere l'autonomia personale. Tale rischio aumenta nettamente dopo i 75 anni d'età, per cui la "fragilità" dell'anziano viene ad essere un fenomeno caratteristico dell'ultimo periodo della vita.

Secondo il già citato documento dell'ONU due devono essere le strategie di fondo per impedire la comparsa e gli effetti negativi della "fragilità". La prima di queste si identifica nella capacità di attuare efficaci programmi di prevenzione iniziando sin dall'età giovanile e adulta; la seconda (che sarà vista meglio in seguito) si riferisce alla necessità di razionalizzare l'organizzazione assistenziale per chi è già anziano "fragile".

1.2.2.1. La prevenzione: la situazione attuale e le strategie future

È importante, innanzi tutto, far riferimento ad alcuni dati dello studio longitudinale ILSA² che, essendo l'unica ricerca italiana di questo tipo, è il solo in grado di fornire

¹ Questo paragrafo è stato tratto integralmente dallo stato di salute degli anziani in Italia, Contributo del sottoprogetto 2 e sottoprogetto 5 del Progetto Finalizzato Invecchiamento e del Progetto Strategico sull'invecchiamento del CNR.

² L'ILSA rappresenta il primo studio italiano di tipo longitudinale effettuato sulla popolazione. Il campione è costituito da 6.000 circa persone, di età compresa tra i 65 e gli 84 anni. Sono stati coinvolti nella raccolta numerosi centri, dalle cui liste anagrafiche è stato estratto un campione non casuale.

un quadro attendibile della dinamica dei fenomeni di morbosità e disabilità correlati con l'età nel campione preso in esame.

La figura 1.6 mostra la prevalenza delle patologie cronicodegenerative nel campione di anziani studiati a domicilio e non istituzionalizzati: si nota chiaramente un aumento della prevalenza di più patologie coll'aumentare dell'età, che si traducono anche in un forte incremento (figura 1.7) della prevalenza di disabilità nelle due classi d'età 75-79 e 80-84. A questi dati di prevalenza della disabilità è importante accostare quelli di prevalenza delle principali patologie cronicodegenerative (figura 1.8).

Fig. 1.6. - Composizione percentuale degli anziani per classi di età e per numero di patologie presenti (esprese in diagnosi).

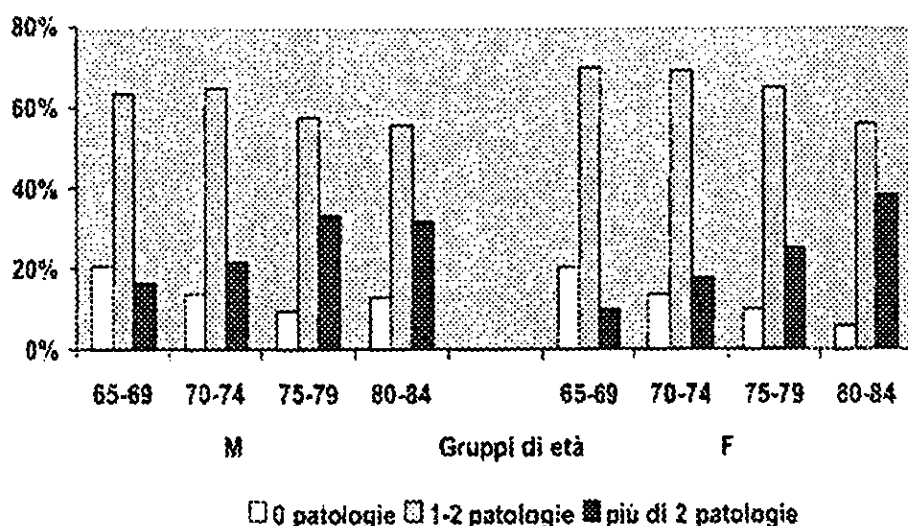
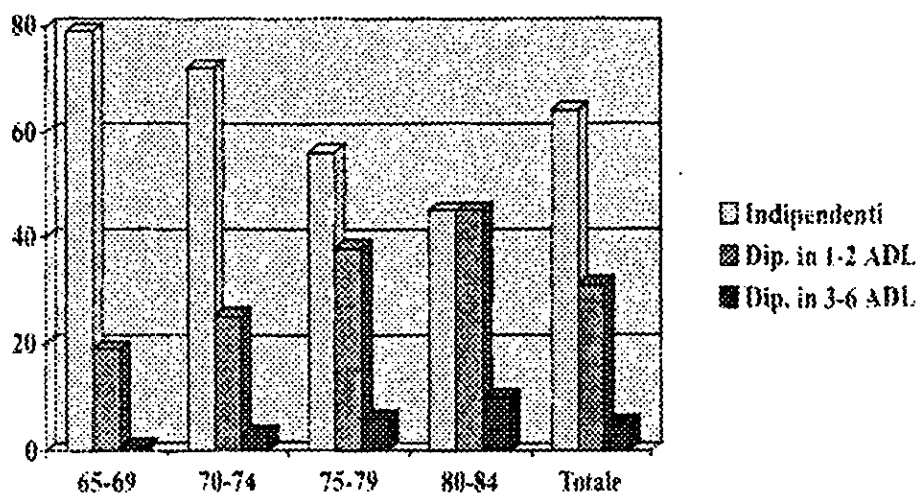
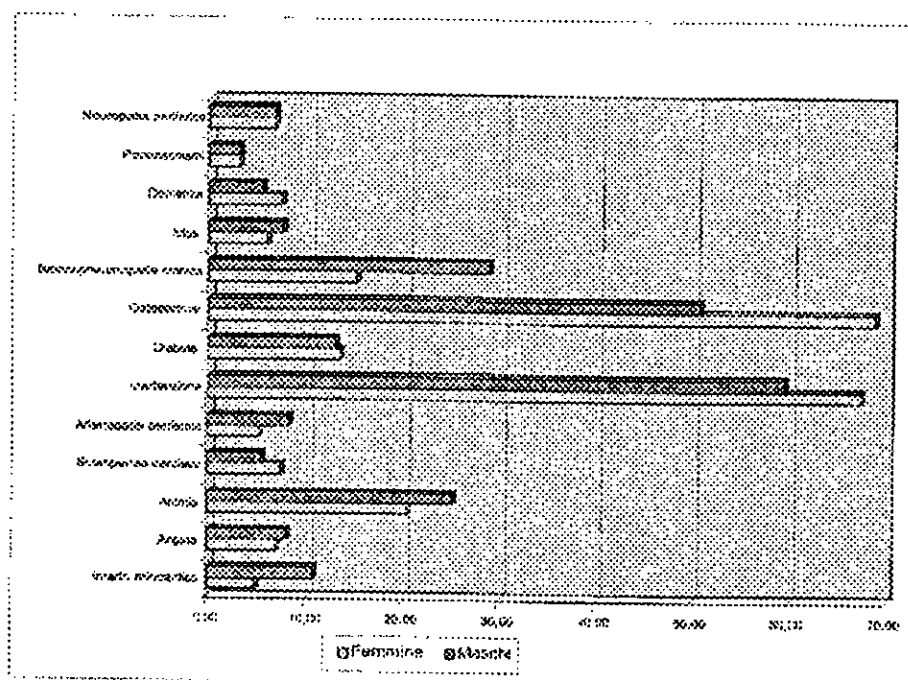


Fig. 1.7. - Percentuale di anziani non istituzionalizzati relativi al campione, per classi di età e grado di disabilità⁴.



⁴ ADL: Activities of Daily Living

Fig. 1.8. - Prevalenza delle principali patologie cronic-degenerative, per sesso.



Sulla base delle proiezioni demografiche già viste la fascia di popolazione anziana più "fragile", cioè quella degli ultrasessantacinquenni, subirà il maggiore incremento nei prossimi 30 anni; di conseguenza la spesa per il fabbisogno assistenziale di queste persone dovrebbe essere destinata ad almeno raddoppiare.

Tuttavia esistono diversi elementi che fanno ritenere possibile un'inversione o quanto meno un rallentamento dell'incidenza e della prevalenza di gran parte delle principali patologie cronic-degenerative caratteristiche della vecchiaia. Ciò potrebbe portare anche ad una riduzione della incidenza e della prevalenza della disabilità.

Vi sono alcuni dati statunitensi che dimostrano come il fenomeno disabilità sia in progressiva diminuzione. Ad esempio, una proiezione sulla prevalenza della disabilità fatta nel 1980, tenendo conto dei dati di quel periodo, si è poi dimostrata sbagliata in quanto, dopo poco più di 10 anni, era inferiore di almeno un milione e duecentomila unità rispetto a quanto era stato previsto in precedenza¹.

Un recente lavoro sui dati dello studio longitudinale di Framingham iniziato nel 1948, dimostra che la prevalenza della disabilità nella generazione dei figli, invecchiati e di pari età rispetto alla generazione dei genitori inseriti nello studio all'inizio, si riduce in modo molto significativo dal 50% al 35%². Gli Autori attribuiscono tale riduzione prima di tutto alla diminuita prevalenza delle patologie cronic-degenerative e disabilitanti. Ad esempio, la prevalenza delle malattie cardiovascolari era nei maschi del 19,9% nella generazione iniziale e del 13,7% in quella dei figli, l'ipertensione del 58% contro il 50,5 e così via, tanto che alla fine la prevalenza del totale delle patologie croniche era del 73,6% nella generazione dei genitori contro il 68,9% di quella dei figli nei maschi e, rispettivamente, del 76,8% contro il 67,9 nelle femmine. Questo studio di Framingham collega in modo chiaro lo stato di salute, con gli stili di vita e la condizione socio-economica. Nella generazione dei genitori vi era, infatti, un livello di istru-

¹ Manton K.G. e Coll. Proc. Natl. Acad. Sci - USA, 1997, 94, 2593-98

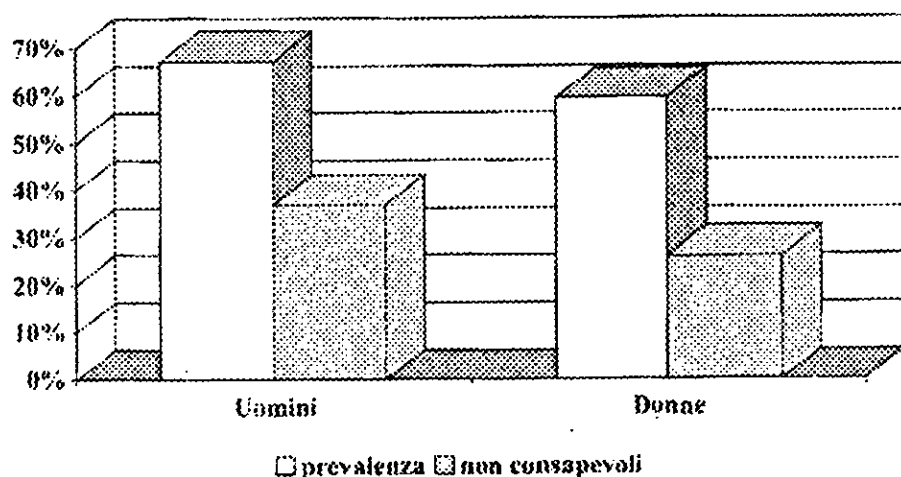
² Allaire S.H. e Coll. Am. J. Public Health 1999, 89, 1678-83

zione inferiore e, nella stessa, la percentuale di fumatori e di forti consumatori di alcool era significativamente maggiore.

Nel nostro Paese, dove mancano studi longitudinali di così lunga durata la situazione non dovrebbe essere, tuttavia, sostanzialmente diversa. Infatti anche nella popolazione italiana si è verificata, come si è già sottolineato, una cospicua riduzione della mortalità cardiovascolare - del 40% dal 1970 al 1990 -, spiegabile per almeno i due terzi con la diminuita incidenza dei principali fattori di rischio, come il fumo, l'ipertensione e l'obesità. Inoltre anche nel campione di popolazione italiana dello studio ILSA, oltre che in tutte le indagini ISTAT, si evidenzia una stretta correlazione tra condizione socio-economica e stato di salute. Ad esempio, è stato visto che il livello di scolarità così come il tipo di occupazione sono fortemente associati con il grado di disabilità, e che gli indicatori socio-economici hanno un'influenza secondaria sulla mortalità, rispetto all'effetto primario sulla disabilità stessa.

Da uno studio inglese, ad esempio, si possono trarre conclusioni particolarmente significative⁷: il diverso livello socio-economico non solo condiziona pesantemente sia l'aspettativa di vita che progressivamente si riduce nelle classi sociali più basse e invece, è in continuo miglioramento in quelle più elevate - ma anche influenza la spesa sanitaria. Il tasso di erogazione di qualsiasi prestazione sanitaria presa in considerazione risultava essere superiore nelle classi sociali più basse evidentemente per un loro peggiore stato di salute.

Fig. 1.9. - Percentuale di ultrasessantacinquenni affetti da ipertensione arteriosa, per sesso e grado di consapevolezza.



1.2.3. Confronto tra l'indagine Istat e l'indagine ILSA

Come già precedentemente sottolineato le due indagini partono da presupposti, finalità e metodologie diverse e, pertanto, non sempre è possibile e corretto mettere a confronto i risultati ottenuti. La più importante differenza risiede nel fatto, già ricordato, che i dati Istat si basano su valutazioni e conoscenze soggettive, mentre i dati ILSA su valutazioni oggettive. Il diverso criterio di rilevazione risente dunque di 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.

⁷Smith R., Brit. Med. J. 1997, 314, 9-17

Questa circostanza, unita alla eventuale mancata conoscenza o alla mancata diagnosi di una malattia già in atto, spiega in generale la minore presenza 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. Rispetto alla graduatoria delle patologie più diffuse, non si segnalano significative divergenze tra i dati Istat e quelli ILSA.

Anche la presenza di disabilità appare di gran lunga sottostimata qualora si faccia riferimento a quanto dichiarato dal diretto interessato, piuttosto alla rilevazione oggettiva effettuata dal medico: gli anziani con meno di ottantanni dichiarano nell'indagine Istat di non essere disabili in proporzioni superiori o prossime all'80% contro valori di gran lunga inferiori riscontrabili nell'indagine ILSA (figura 1.4 e 1.8). Solo per gli ultraottantenni il divario si riduce. D'altra parte, le classificazioni adottate nelle due indagini sono simili ma non uguali. Inoltre, le differenze possono risentire di un atteggiamento psicologico ben preciso che si manifesta nella possibile difficoltà che una persona disabile incontra nel riconoscere e dichiarare la propria invalidità.

Tuttavia, nonostante le divergenze segnalate, i risultati ottenuti con le due indagini sono entrambi molto importanti. L'indagine ILSA è necessaria per conoscere, su un campione seguito, livelli e dinamiche dell'incidenza e della prevalenza di malattie croniche e di disabilità. L'indagine Istat è necessaria perché, con l'accertare la salute percepita, consente di avere una valutazione della salute considerata non solo sotto il profilo sanitario, ma anche sotto quello sociale nel contesto familiare in cui l'individuo si trova a vivere; a causa del larghissimo campione di persone intervistate l'indagine consente, per di più, di avere una conoscenza dei fenomeni investigati anche a livello regionale.

1.3. ANALISI TERRITORIALE DELLE CONDIZIONI DI SALUTE E CONTESTO SOCIO-ECONOMICO

L'analisi territoriale delle condizioni di salute condotta a livello di grandi ripartizioni (tabella 1.7) evidenzia sensibili differenze per le variabili prese in esame, confermando l'influenza che i fattori ambientali — intesi in senso lato — esercitano sugli aspetti sanitari.

Il diverso clima, la differente configurazione socioeconomica e culturale, le differenze nel livello di inquinamento delle ripartizioni territoriali del nostro Paese e anche le diverse abitudini alimentari, il consumo di tabacco e di alcool, definiscono stili di vita che sembrano riproporre, anche in termini di salute e di morbosità, difficili e problematici dualismi territoriali. Nell'Italia settentrionale si riscontra generalmente, per gli ultrasessantenni, la migliore situazione dal punto di vista delle condizioni di salute, con una posizione di lieve vantaggio ora per l'area nordoccidentale, ora per quella nordorientale. Decisamente svantaggiati risultano, invece, gli anziani e i vecchi residenti nell'Italia insulare, per cui si registrano le più elevate percentuali di anziani in non buono stato di salute, di malati cronici e di disabili, seguiti da quelli dell'Italia centrale. Intermedia la posizione dell'Italia meridionale.

Appare in generale difficile spiegare le cause delle differenze territoriali riscontrate nei livelli di morbosità, che solo parzialmente si collegano a quelle che si riscontrano nei livelli di mortalità, le quali permangono ormai da decenni e non sembrano aver trovato un'unanime e valida spiegazione.

Tab. 1.7. - Popolazione totale, anziana e vecchia in non buona salute e con almeno una malattia cronica o almeno una disabilità. Italia e ripartizioni geografiche. Valori percentuali, 1994

Ripartizioni geografiche	Persone in non buona salute			Presenza di malattie croniche			Presenza di disabilità		
	Totale	Pop. 60-79	Pop. 80+	Totale	Pop. 60-79	Pop. 80+	Totale	Pop. 60-79	Pop. 80+
Nord-Ovest	7,2	20,1	43,7	33,5	67,2	76,2	4,2	10,0	46,5
Nord-Est	7,7	21,8	39,3	35,7	72,9	83,6	4,0	9,0	41,7
Centro	8,5	24,8	48,1	36,7	75,2	81,8	5,2	11,1	48,8
Sud	7,0	22,7	47,4	30,1	77,5	92,2	5,0	13,3	46,3
Isole	8,0	28,1	51,3	32,4	80,7	92,4	5,5	15,4	57,7
Totale	7,6	22,8	45,1	33,5	73,5	83,8	5,0	11,3	47,1

Fonte: elaborazioni proprie su dati Istat

Da segnalare e da sottolineare l'influenza dei fattori socio-economici sulle condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anche le indagini Istat, come quella ILSA, mettono in luce come livello d'istruzione, risorse economiche, tipologia familiare, influiscono sensibilmente sullo stato di salute e sulla presenza di malattie croniche e di disabilità: il quadro patologico più critico si ritrova per gli anziani meno istruiti, che vivono in solitudine, che dispongono di minori risorse economiche e che svolgono attività lavorative meno qualificanti.

Infatti, le persone più istruite manifestano la percezione di un migliore stato di salute e una minore prevalenza di malattie cronico-degenerative e di disabilità rispetto a quelle con una più bassa scolarità, con differenze notevolissime. In particolare, gli anziani senza alcun titolo di studio risultano i più svantaggiati, con la minore percentuale di persone che dichiarano di star bene (12,5%) e la maggiore percentuale, invece, di persone affette da cronicità (89,9%) o disabilità (27,8%; quest'ultimo valore per i laureati e diplomati risulta pari a soltanto 8,5). Interessante osservare che il forte potere discriminante della variabile "livello di istruzione" si ripropone anche tra gli ultraottantenni, anche se tutti i dislivelli tendono ad attenuarsi (figura 1.10).

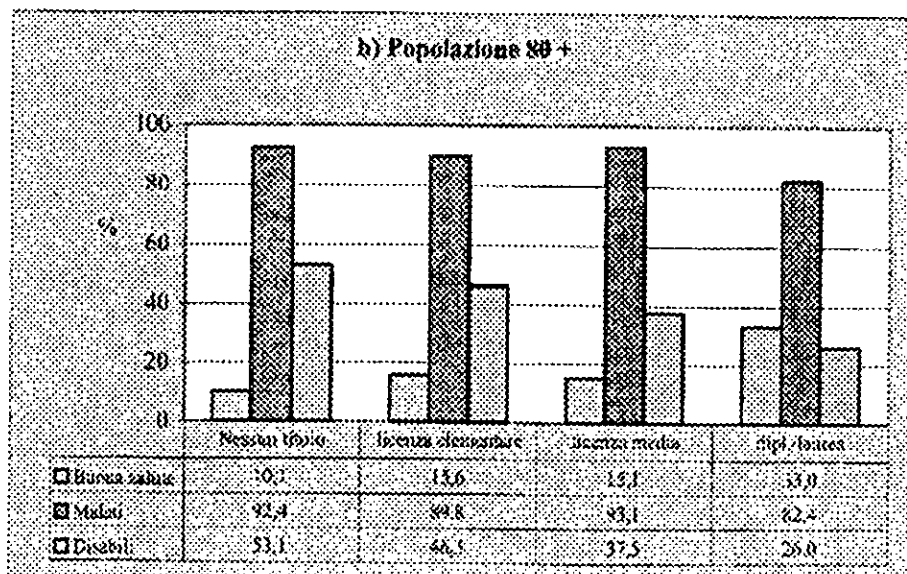
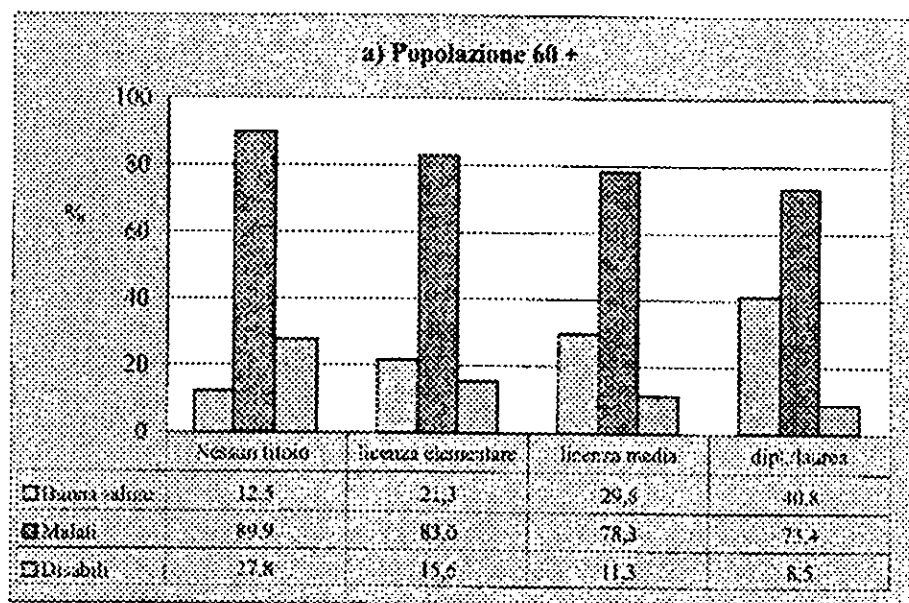
Queste differenze sottolineano anche in Italia, come in tutto il resto del mondo, l'importanza della variabile istruzione che potrebbe in prospettiva parzialmente controbilanciare l'invecchiamento della popolazione lasciando sperare in aumenti più contenuti sia di malati cronici che di disabili, dato il maggior livello di istruzione che caratterizza via via le generazioni più giovani.

Anche la tipologia familiare influisce - seppure in maniera meno rilevante rispetto al livello di istruzione - sulle condizioni di salute della popolazione anziana e vecchia. Risultano, infatti, svantaggiati gli ultrasessantenni che vivono soli presentando la più bassa percentuale di coloro che dichiarano di sentirsi bene (19,1%) e la più elevata presenza di malattie croniche (85,8%). Penalizzati anche gli anziani che, come genitore, vivono in famiglie monogenitore, mentre la situazione migliore si ritrova fra gli anziani che vivono in coppia con i figli, seguiti da coloro che vivono in famiglie con due o più nuclei (il che quasi sempre vuol dire insieme con la famiglia dei figli) (figura 1.11).

Tra gli ultraottantenni, sono coloro che vivono in coppia senza figli o in nuclei formati da parenti, amici e conoscenti (identificati con la modalità "Altro") a presentare la situazione migliore, mentre la percezione del proprio stato di salute peggiora notevolmente per i vecchi che vivono con i figli o in coppia o come unico genitore. Sono in particolare questi ultimi (per la maggior parte si tratta di donne) a presentare una elevatissima prevalenza di disabilità: si può quindi molto ragionevolmente presumere che proprio perché disabili si trovano più frequentemente a vivere con un figlio o una figlia.

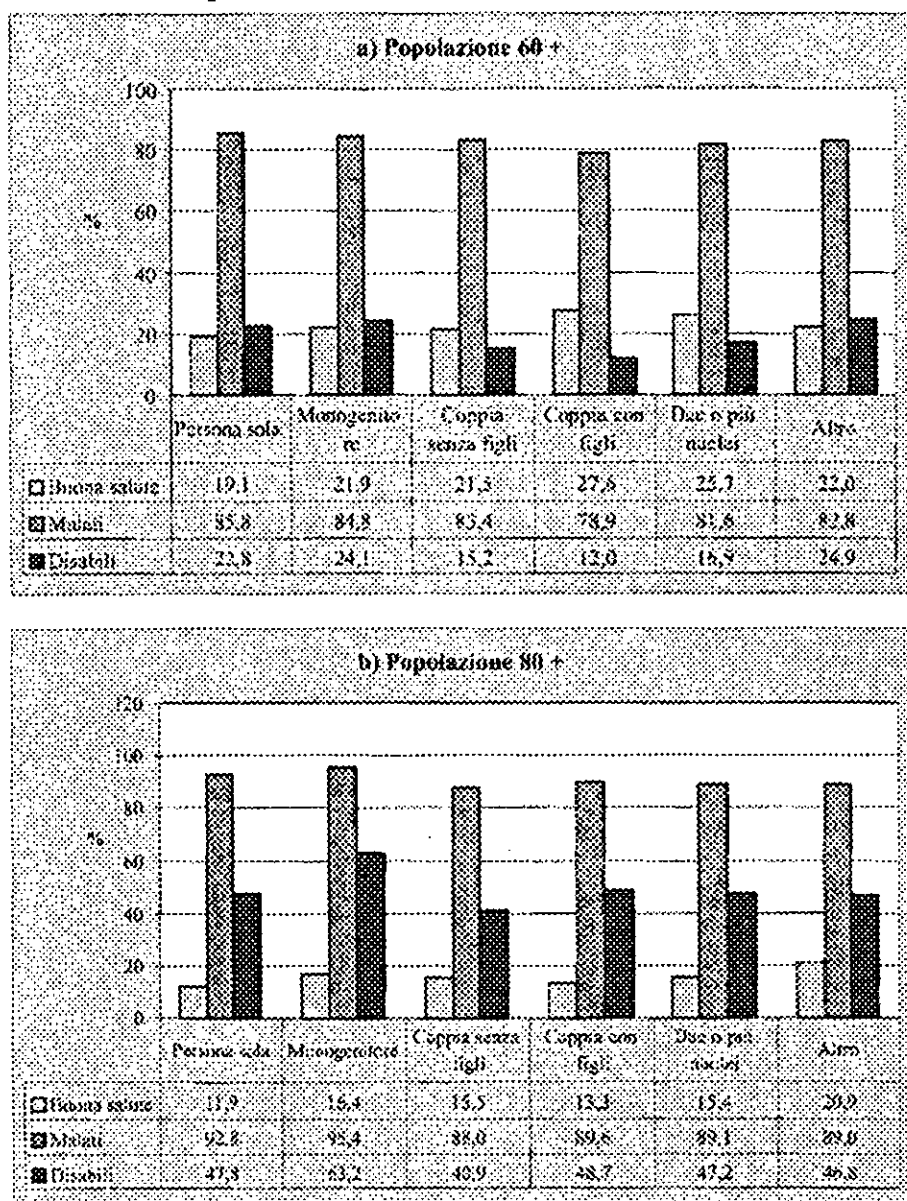
Con l'avanzare dell'età aumenta, dunque, il bisogno di assistenza che, se per molto tempo si è basata sulla rete di supporto informale, sostenuta e delegata interamente ai figli, nella situazione attuale, ma soprattutto in prospettiva, rischia di entrare notevolmente in crisi, da un lato perché in generale stanno venendo meno le condizioni che nel passato consentivano ai figli di dedicarsi con ancora grande impegno alla cura dei propri genitori e dall'altro perché, come è stato già rilevato, non si avrà più un numero sufficiente di figli per prendersi cura di affollatissime leve di genitori. Bisogna quindi cominciare a pensare a tutta una politica che favorisca, fra l'altro, l'aggregazione degli anziani in nuove e diverse "famiglie" (composte di due o più anziani che si mettono a vivere insieme in uno stesso appartamento) o in mini comunità.

Fig. 1.10. - **Prevalenza di persone in buona salute, con almeno una malattia cronica o disabilità secondo il livello di istruzione. Popolazione con 60 anni e più', 1994**



Fonte: elaborazioni proprie su dati ISTAT, 1994

Fig. 1.11. - **Prevalenza di persone in buona salute, con almeno una malattia cronica o disabilità secondo la tipologia familiare. Popolazione con 60 anni e più, 1994**



Fonte: cfr. figura 1.10

1.4. STATO DI SALUTE E RICORSO AI SERVIZI SANITARI

Come precedentemente evidenziato, 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 (tabella 1.8). Questa affermazione trova conferma nel fatto che nel fare ricorso a visite generiche, specialistiche e ad accertamenti dia-

gnostici influisce molto il "come ci si sente", qualche volta di più rispetto alla presenza o meno di patologie e di disabilità, come risulta chiaramente dalla tabella 1.9.

Tab. 1.8. - **Ricorso ad alcuni servizi sanitari in base allo stato di salute percepito^(a) e alla presenza di malattie croniche o di disabilità. Popolazione per sesso e per classe di età. Frequenze (per 100 persone della stessa età e sesso), 1994.**

Età	Salute				Presenza di malattie croniche				Presenza di disabilità				Persone in cattiva salute e malate			
	Buona		Non buona		Sì		No		Sì		No		M		F	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Visite generiche																
0-19	6,3	7,2	25,5	41,7	14,0	19,4	6,4	7,0	12,0	10,2	7,2	8,3	32,9	55,2		
20-59	7,1	8,0	32,7	37,9	18,3	22,0	6,6	8,6	24,7	38,5	10,5	13,6	33,9	39,2		
60-64	9,2	11,1	41,4	41,6	27,1	28,1	5,9	12,6	42,7	51,0	20,0	22,7	42,6	42,7		
65-69	13,5	12,9	35,5	38,9	29,3	32,2	6,9	7,9	27,3	38,3	24,5	27,2	36,6	40,2		
70-74	11,8	14,7	46,3	43,3	34,1	33,8	10,6	14,5	38,5	41,5	28,5	28,0	46,6	43,1		
75-79	15,4	21,3	48,3	47,1	39,1	40,8	15,4	12,4	46,8	49,1	33,4	33,6	48,9	48,6		
80 +	15,0	13,9	50,7	49,1	42,0	40,2	20,3	5,7	48,2	40,9	34,4	33,1	50,7	49,3		
Totale	7,2	8,2	30,2	32,1	18,8	22,4	6,7	8,3	35,4	40,2	12,3	15,3	41,6	43,2		
Visite specialistiche																
0-19	6,8	7,7	32,6	56,5	16,4	21,6	6,6	7,6	11,3	4,3	7,6	9,2	59,1	63,7		
20-59	7,4	11,6	33,9	36,0	16,4	21,6	6,9	12,1	21,1	31,6	10,1	15,7	33,8	37,3		
60-64	9,7	7,1	31,0	36,5	19,3	22,0	8,3	8,5	34,9	35,1	15,1	17,7	30,3	36,4		
65-69	8,1	8,8	33,5	34,6	23,4	21,6	7,5	11,3	35,2	33,1	18,8	18,5	33,8	33,6		
70-74	9,6	10,6	40,2	31,3	26,0	21,6	9,8	6,7	33,7	31,5	21,5	17,6	40,2	31,5		
75-79	6,2	8,2	35,8	30,8	25,7	20,4	2,2	7,1	33,9	35,1	19,9	13,4	36,3	31,8		
80 +	5,9	5,7	26,7	23,3	20,5	18,9	1,4	6,6	23,6	19,1	15,4	16,4	26,8	23,6		
Totale	7,3	10,1	33,5	33,0	18,9	21,3	6,8	10,4	26,3	35,9	10,8	14,6	33,9	33,0		
Accertamenti diagnostici																
0-19	2,3	2,6	18,1	30,8	7,5	9,2	2,4	3,0	4,4	1,7	3,0	3,7	32,8	36,1		
20-59	4,5	6,6	21,0	23,1	9,9	12,2	4,5	7,2	10,5	16,3	6,3	9,1	21,4	22,4		
60-64	7,5	5,5	24,6	25,4	15,9	17,2	5,8	6,9	22,5	21,5	12,5	14,3	24,7	26,1		
65-69	9,0	7,2	27,7	25,8	19,4	16,8	6,9	10,0	30,9	27,4	15,6	14,5	28,4	25,1		
70-74	8,0	6,2	26,1	20,4	20,8	16,3	7,4	5,9	23,1	22,1	17,6	13,8	26,2	20,1		
75-79	3,6	9,4	27,9	23,3	17,5	16,4	5,4	10,1	32,4	18,0	11,6	14,9	28,2	22,3		
80 +	7,0	4,1	22,5	18,4	16,2	13,1	2,0	3,5	19,7	14,6	11,6	9,7	22,6	18,3		
Totale	6,1	5,5	23,9	22,7	15,0	15,7	3,9	5,8	19,5	17,3	6,9	8,9	24,6	22,3		

^(a) Per "Buona salute" si intende le persone che hanno dichiarato di sentirsi "Bene" o "Molto bene" e per "Non buona salute" coloro che hanno dichiarato di sentirsi "Male" o "Molto male".

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat, 1994

Ad esempio il 6% dei maschi di età compresa tra i 60 e i 64 anni che dichiarano di non essere affetti da malattie croniche e di godere di buona salute ha effettuato visite specialistiche nell'ultimo mese precedente all'indagine. Questo è il gruppo che fa il minor ricorso a visite specialistiche e può dunque essere assunto come base di riferimento. Se si considera la fruizione di visite specialistiche da parte di coloro che, appartenendo alla stessa fascia di età, dichiarano di essere affetti da almeno una malattia cronica ma di godere di buona salute, questa appare doppia a quella del gruppo precedente e pari al 13,9%, sottolineando in effetti un maggior ricorso ai servizi sanitari da parte di chi è affetto da una