

qualche patologia. Ma tale ricorso subisce un notevole e straordinario incremento se si considerano gli anziani che pur non essendo colpiti da malattie croniche accusano un non buono stato di salute: in questo caso le visite specialistiche ammontano al 50%, cioè 8 volte superiore al numero di visite specialistiche del gruppo a minimo rischio. Risultati simili si ottengono anche per la classe di età 70-74 anni e per il sesso femminile. Si ritrovano sostanzialmente anche quando si prendano in considerazione gli accertamenti diagnostici.

In generale si può dire che proprio chi dichiara di *non sentirsi bene e di non avere malattie croniche* fa il maggior ricorso alle prestazioni più costose, e cioè a visite specialistiche e ad accertamenti diagnostici. Si può immaginare che si tratti in qualche misura di ipocondriaci, che hanno una preoccupazione morbosa per la salute del proprio corpo; ma con ben maggiore probabilità si tratterà di persone che proprio per il non sentirsi bene, senza che sia stata ancora evidenziata alcuna patologia, stanno facendo accertamenti diagnostici con maggiore intensità e frequenza.

Resta comunque il fatto che fra le persone anziane o molto anziane la *salute percepita come non buona* è il predittore 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. E ciò è tanto più facile tenendo conto della altissima frequenza con cui le persone anziane fanno ricorso al medico di famiglia e della disponibilità o della abitudine ad assumere farmaci (tabelle 1.10 e 1.11).

Tab. 1.9. - **Visite generiche, visite specialistiche, accertamenti diagnostici effettuati dalla popolazione di 60-64 e 70-74 anni secondo la salute percepita e la presenza di malattie croniche, per genere, 1994**

Classi di età	Percezione della salute	Presenza di malattie croniche			
		Maschi		Femmine	
		Sì	No	Sì	No
Visite generiche					
60-64	Buona salute	15,6 (4,0)	3,9 (1,0)	12,6 (1,3)	9,7 (1,0)
	Non buona salute	42,6 (10,9)	11,2 (2,9)	42,7 (4,4)	22,2 (2,3)
70-74	Buona salute	17,4 (2,8)	6,1 (1,0)	15,9 (1,2)	12,8 (1,0)
	Non buona salute	46,6 (7,6)	36,9 (6,1)	43,1 (3,4)	75,5 (5,9)
Visite specialistiche					
60-64	Buona salute	13,9 (2,2)	6,3 (1,0)	8,2 (1,4)	6,0 (1,0)
	Non buona salute	30,3 (4,8)	50,0 (7,9)	36,4 (6,1)	38,4 (6,4)
70-74	Buona salute	15,8 (4,8)	3,3 (1,0)	14,6 (3,2)	4,6 (1,0)
	Non buona salute	40,2 (12,2)	41,1 (12,5)	31,3 (6,8)	0,0 (0)
Accertamenti diagnostici					
60-64	Buona salute	10,2 (1,9)	5,3 (1,0)	5,9 (1,2)	5,1 (1,0)
	Non buona salute	24,7 (4,7)	23,5 (4,4)	26,1 (5,1)	13,3 (2,6)
70-74	Buona salute	12,5 (3,8)	3,3 (1,0)	8,2 (2,6)	3,2 (1,0)
	Non buona salute	26,2 (7,9)	25,4 (7,7)	20,1 (6,3)	75,5 (23,3)

Il dato riportato tra parentesi è ottenuto effettuando il rapporto tra il valore posto alla sinistra della parentesi con il corrispondente dato relativo al gruppo di riferimento (ovvero dal gruppo a minore rischio).

Fonte: elaborazioni dati Istat, 1996

Tab. 1.10. - **Persone che sono ricorse al medico di famiglia per classi di età e sesso (per 100 persone della stessa età e sesso), 1998.**

	Popolazione di 65 anni e più		Totale
	Uomini	Femmine	
Sempre o spesso	87,7	89,1	88,6
Qualche volta	10,3	9,1	9,6
Mai	1,6	1,3	1,4
Non indicato	0,4	0,5	0,4

Fonte: cfr. tabella 1.1

Tab. 1.11. - **Popolazione secondo il consumo di farmaci negli ultimi due giorni precedenti l'intervista, per fonte di prescrizione, modalità di acquisto, classi di età e sesso (per 100 persone della stessa età e sesso), 1998.**

	Popolazione di 65 anni e più		Totale
	Uomini	Femmine	
Consumo di farmaci	65,4	70,1	68,2
Prescritti dal medico	96,0	96,8	96,5
Consigliati da altra persona	1,7	0,5	1,0
Iniziativa propria o dei genitori	1,6	1,9	1,7
Acquistati a prezzo intero	23,8	26,7	25,6
Ticket	42,0	40,1	40,9
Esenzione	15,4	16,2	15,9

Fonte: cfr. tabella 1.1

In questo contesto è necessario sottolineare che le discordanze riscontrate tra salute percepita e presenza o meno di malattie e/o disabilità dipendono anche dalle modalità e dalle caratteristiche delle indagini sulla salute, effettuate tramite questionario e intervista. Infatti il "livello" di malattia è condizionato, nella sua rilevazione, da tre aspetti fondamentali: la tecnica e il periodo di rilevazione; il grado di conoscenza delle malattie da parte dell'intervistato; l'eventuale diagnosi effettuata dal medico, oltre all'atteggiamento che la persona assume nei confronti della malattia da cui è affetto e alla disponibilità a dichiararne la presenza. Considerando, pertanto, tutte le possibili risposte di una persona alla domanda se sia affetta o meno da una certa malattia cronica, in funzione della reale esistenza della malattia, della eventuale diagnosi, della *corretta* conoscenza da parte dell'intervistato e del suo atteggiamento si rileva che le distorsioni presenti in questo tipo di indagine sono inevitabili, perché legate ad aspetti strutturali dell'indagine stessa e, come tali, insuperabili. Questa considerazione invita a valutare con molta cautela la relazione tra una specifica malattia e la salute percepita. Se poi si tiene conto del fatto che quest'ultima non è valutata tenendo in considerazione solo la presenza di malattie e/o disabilità, ma è frutto della sintesi che ciascuno di noi effettua di molte componenti della sua vita individuale e relazionale - e per questo è espressione conscia o inconscia delle possibili alterazioni delle condizioni fisiche, emotivo-psicologiche e cognitive - si comprende bene la grande importanza del "come ci si sente". Ciò rende plausibile, è bene ribadirlo, attribuire all'autopercezione dello stato di

salute una valenza predittiva nel ricorso ad alcuni servizi sanitari e socio-assistenziali, oltre ad essere considerata anche un buon predittore di mortalità.

Per questo motivo, il legame tra salute e malattia dovrebbe essere affrontato secondo una visione "interna", così come viene suggerito dall'antropologia, e non solo secondo la visione "esterna" - come solitamente avviene - troppo ancorata quest'ultima ad una concezione prettamente economica, largamente scollegata dal dolore e dalla sofferenza che, espresse dall'autopercezione, rappresentano una caratteristica preminente della malattia. Se si sente dolore, allora si ha dolore e se non si sente dolore, nessun osservatore esterno può opporsi all'assunto che non si abbia dolore. Nessuna statistica e nessuna valutazione scientifica è in grado di fornire una comprensione della cattiva salute più adeguata di quanto possa fare la percezione del dolore e proprio per tale motivo risulta fondamentale l'intervento di altre figure - quali quella dello psicologo, del sociologo, dell'antropologo - che, in collaborazione con l'economista ed il politico, possono consentire una comprensione adeguata e completa del profondo legame esistente tra salute e malattia. E questa visione olistica della persona e della sua salute diventa tanto più importante quanto più aumenta la cultura delle persone e la massa di informazioni che essa riceve.

Tuttavia così come la visione esterna della salute e della malattia anche la percezione puramente interna presenta dei limiti: solo l'integrazione tra questi due aspetti può portare a risultati di rilievo.

E sempre in quest'ottica, occorre poi fare un altro sforzo legato alla necessità di superare il qualche volta eccessivo ed esasperato approccio specialistico che tende a frazionare l'individuo nelle sue singole parti, perdendo la visione d'insieme del paziente e la complessità del suo fisico e della sua psiche e delle loro interazioni dinamiche. Questo modo di procedere non sempre permette al medico di relazionarsi con il paziente, specie se anziano o vecchio. Nasce, così, la necessità per il paziente di essere più informato, e per questo meno sprovveduto, e di potersi avvalere anche delle nuove tecnologie per avere risposte più precise sulle proprie malattie.

Ammontano già a 22 milioni* circa i pazienti che negli Stati Uniti rimpiazzano o controllano il medico di famiglia on line, con un'analogia tendenza anche nel nostro Paese (Indagine Media Metrix, 1997).

Comunque tutti gli strumenti di telemedicina potrebbero giocare un ruolo particolarmente importante nella assistenza sociale, e anche sanitaria, del crescente numero di anziani e vecchi residenti nei piccoli e piccolissimi comuni di alta collina e montagna. Si tratta di comuni disseminati su territori amplissimi con popolazione fino a 1000 abitanti dove già adesso il 35-40% della popolazione ha più di sessanta anni e questa proporzione è destinata a salire sensibilmente nei prossimi anni. Non è possibile insediare in ogni singolo piccolissimo comune centri di assistenza e cura; si può pensare a comprensori di comuni nei quali tali centri siano centralizzati e ad essi si possa accedere in maniera telematica da ogni singola abitazione.

1.5. LA MORTALITA' DEGLI ANZIANI

L'analisi della mortalità, mettendo a fuoco le patologie prevalenti che conducono a morte, consente di avere informazioni di particolare interesse per l'impostazione di una politica socio-sanitaria di cura e di prevenzione e anche di sostegno alle famiglie.

* Entro il Duemila, secondo le previsioni, nei soli Stati Uniti saranno i 33 milioni e mezzo gli utenti che si rivolgeranno alla Rete per saperne di più su

cure e patologie, favorendo una tendenza che sta cominciando a far sentire il suo peso su tutta l'industria sanitaria

Non solo ma, tenendo anche conto di alcune poche cifre di straordinaria importanza, pure per la formazione dei medici e del personale infermieristico e per l'impostazione della logistica e delle strutture ospedaliere e delle altre strutture di cura: gli ultrasessantenni sono (1994) il 19% del totale degli uomini, ma danno luogo all'82% dei morti; le ultrasessantenni sono il 25% del totale delle donne, ma danno luogo al 91% delle morti (in particolare fra le donne, le ultraottantenni sono il 5% del totale, ma danno luogo al 57% delle morti).

Differenze fortissime di mortalità permangono fra uomini e donne. Negli ultrasessantenni la mortalità standardizzata maschile supera quella femminile di ben il 61%; se i maschi in vita nel 1994 in Italia, caratterizzati da una struttura per età relativamente giovane, avessero potuto giovare del rischio di morte nella stessa misura con cui che ha colpito le donne, in quell'anno, si sarebbero avuti *oltre 115 mila morti in meno di sesso maschile*. Anche se buona parte di questo larghissimo svantaggio maschile è di natura bio-fisiologica, una certa parte è legata agli stili di vita e alla prevenzione, campi in cui è certamente auspicabile una più decisa politica di educazione.

Elementi di grande importanza emergono dai dati della figura 1.12 e dalla tabella 1.12:

1) la prima causa di morte in ordine di importanza è costituita dalle *malattie del sistema circolatorio*, che conducono a morte circa il 43% degli uomini e il 52% delle donne. Nell'ambito di tali malattie il primo posto è occupato per gli uomini dalle malattie ischemiche del cuore (in specie per quelli di età dai 60 ai 69 anni) e per le donne dai disturbi circolatori dell'encefalo (in specie per quelle di età dai 75 agli 89 anni). Non si può non pensare alla opportunità di razionalizzazione delle strutture socio-sanitarie, di campagne di informazione e di prevenzione mirate e diffuse e di strategie regionalmente differenziate dal momento che:

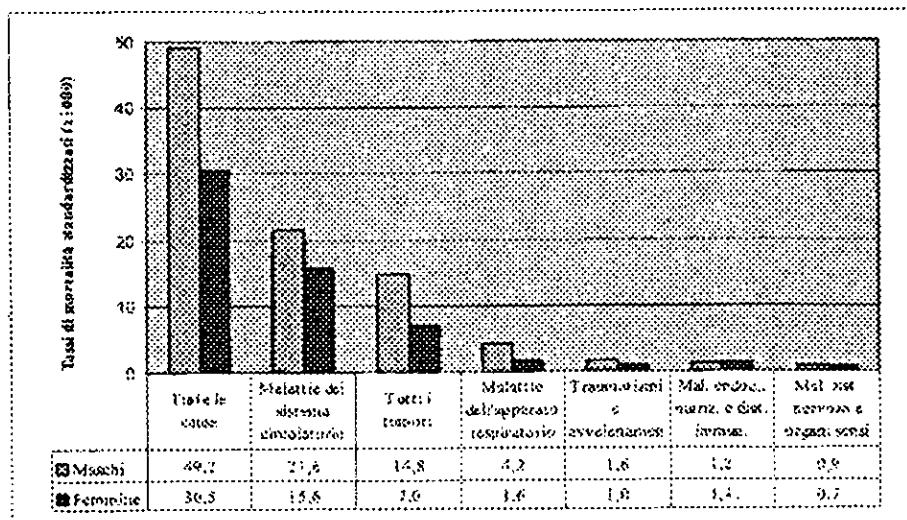
- fra il 1971-73 e il 1989-91 si sono già registrati forti riduzioni nella mortalità, tanto fra le persone di 55-74 anni quanto fra quelle di 75 anni e più e ulteriori guadagni sembrano possibili, attraverso il miglioramento delle terapie in fase acuta, un più diffuso accertamento e il miglior controllo farmacologico della ipertensione arteriosa, la diminuzione della prevalenza del fumo e la diffusione nella popolazione di stili di vita più salutari;
- si tratta di affezioni gravi associate ad alta letalità e invalidità permanente e completa (che colpiscono in prevalenza proprio le persone anziane);
- vi è una fortissima differenza di mortalità fra maschi e femmine, avendo i primi una mortalità standardizzata che è superiore del 38% a quella delle seconde;
- permangono, sebbene si siano ridotti nel tempo, consistenti differenze regionali. Fra i maschi di 75 anni e più si osservava (1989-91) un tasso standardizzato di mortalità pari a 48,1 per mille in Sardegna e di 59,6 in Campania e in Sicilia; fra le donne della stessa età un tasso del 41,0 in Trentino-Alto Adige e in Emilia-Romagna e del 59,0 in Campania.

2) la seconda causa di morte in ordine di importanza è costituita dai *tumori*, che conducono a morte circa il 32% degli uomini e circa il 22% delle donne. Nell'ambito di tali patologie il primo posto è occupato per gli uomini dai tumori maligni dell'apparato digerente e dell'apparato respiratorio (in specie per quelli di età dai 65 ai 74 anni) e per le donne in particolare dai tumori maligni dell'apparato digerente e in secondo luogo, a molta distanza, dai tumori maligni della mammella (in specie per quelle di età dai 75 in poi per i primi e dai 60 ai 69 anni per i secondi). Anche per queste patologie non si può non pensare alla opportunità di razionalizzazione delle

strutture socio-sanitarie, di campagne di informazione e di prevenzione mirate e diffuse e di strategie regionalmente differenziate dal momento che:

- fra il 1971-73 e il 1989-91 si evidenzia un andamento di aumento prima e di stabilizzazione dopo del rischio di morire per tumore tanto nei giovani anziani, dai 55 ai 74 anni, sia nei vecchi dai 75 anni in poi. L'andamento è marcato per i maschi, e si risolve quindi in un incremento complessivo, mentre lo è molto meno per le femmine, e si risolve quindi in una sostanziale stabilità. Gli andamenti sono coerenti anche con alcuni fenomeni esogeni come il fumo delle sigarette, massimo nei nati all'inizio degli anni '20 e poi in diminuzione, o come l'aumento dell'esposizione della cute ai raggi solari, che con ogni probabilità ha provocato un fortissimo aumento dei melanomi maligni;
- si ha un sempre maggiore successo terapeutico nel trattamento dei tumori maligni, sicché aumenta la sopravvivenza di tutti i malati oncologici e va quindi aumentando la durata media della malattia. Pertanto la discesa della mortalità, ove si è verificata, è più forte della riduzione della incidenza dei tumori maligni. Queste circostanze hanno un impatto di tutto rilievo sulla condizione psico-fisica dei malati di tumore maligno e dei loro familiari, oltre che sulla domanda di assistenza e cura;
- vi è una differenza di mortalità fra maschi e femmine eccezionalmente forte: i primi hanno una mortalità standardizzata che è superiore del 111% a quella delle seconde. Fra le persone di età compresa fra 60 e 69 anni si sono avuti 27 mila morti di tumore fra i maschi e 13 mila fra le femmine;
- permangono, sebbene si siano un po' ridotti nel tempo, assai consistenti differenze regionali. Fra i maschi di 75 anni e più si osservava (1989-91) un tasso standardizzato di mortalità pari a 14,5 per mille in Basilicata e di 28,2 in Lombardia; fra le donne della stessa età un tasso del 7,5 in Calabria e del 14,0 in Lombardia. La peggiore situazione rilevata in alcune regioni settentrionali viene spesso collegata alla maggiore diffusione di patologie ad elevata letalità, positivamente correlate con il grado di industrializzazione e di ricchezza delle aree geografiche.

Fig. 1.12. - Tassi di mortalità standardizzati (per 1.000) per sesso nella popolazione di 60 anni e più, 1994.



La popolazione impiegata per la standardizzazione è quella totale italiana (maschi e femmine) dell'anno 1994.

Fonte: Istat, RILEVAZIONE DELLE CAUSE DI MORTE, anno 1994

Tab. 1.12. — **Decessi (valori assoluti) nella popolazione ultrasessantenne residente, per classi di età, sesso e principali gruppi di cause di decesso e peso (valori percentuali) di alcuni sottogruppi di cause sul gruppo principale. Italia 1994.**

CAUSE DI DECESSO	MASCHI							Totale
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 >	
Tutte le cause	23.640	34.306	42.402	36.203	50.032	32.324	16.090	234.997
Malattie del sistema circolatorio	7.304	11.388	15.736	15.318	24.110	17.012	9.219	100.087
Malattie ischemiche del cuore	51,0	47,3	43,3	36,4	30,6	25,2	21,4	35,1
Disturbi circolatori dell'encefalo	19,0	21,7	24,8	29,5	32,8	33,7	28,2	28,5
Malattie del circolo polmonare ed altre malattie del cuore	18,4	18,7	19,1	20,4	22,7	26,7	34,0	22,7
Altre malattie del sistema circolatorio	5,9	6,5	6,9	7,1	7,4	8,0	10,8	7,5
Malattia ipertensiva	4,7	5,1	5,3	6,1	6,3	6,2	5,6	5,8
Tutti i Tumori	11.113	15.410	16.720	11.685	12.451	5.981	1.877	75.157
Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo	33,3	33,7	34,4	35,4	35,9	35,8	37,3	34,7
Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici	39,5	38,6	34,7	29,2	22,6	18,5	13,9	31,5
Tumori maligni degli organi genitourinari	9,4	11,4	14,8	19,0	23,9	28,9	29,2	17,0
Tumori maligni dei tessuti linfatico ed ematopoietico	6,0	5,7	6,1	6,9	7,3	6,6	7,1	6,4
Malattie dell'apparato respiratorio	904	1.829	2.917	3.297	4.994	3.548	1.883	19.372
Malattie croniche dell'apparato respiratorio	61,0	65,9	66,6	70,1	67,6	64,3	55,2	65,6
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutriz. e del metab. e disturbi immunit.	638	937	1.106	1.000	1.252	712	230	5.875
Diabete Mellito	83,5	89,0	92,3	92,5	93,2	92,8	86,5	90,9
Cause esterne dei traumatismi ed avvelenamenti	1.003	1.150	1.216	1.040	1.475	1.020	538	7.442
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	317	470	732	759	1.054	548	220	4.100

XIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

	FEMMINE							Totale
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 >	
Tutte le cause	11.542	18.283	29.418	32.157	57.654	54.405	41.191	244.650
Malattie del sistema circolatorio	3.017	5.950	11.661	15.676	31.995	33.012	26.136	127.447
Malattie ischemiche del cuore	33,8	34,7	33,1	29,1	26,2	22,6	18,5	25,2
Disturbi circolatori dell'encefalo	27,4	28,7	31,2	34,8	35,2	34,7	30,1	33,1
Malattie del circolo polmonare ed altre malattie del cuore	22,2	21,5	21,1	21,7	23,4	26,6	34,1	25,9
Altre malattie del sistema circolatorio	4,2	3,8	4,1	4,6	5,8	7,2	9,7	6,5
Malattia ipertensiva	8,9	8,8	8,9	8,7	8,8	8,6	7,5	8,5
Tutti i Tumori	5.880	7.817	18.273	8.396	10.702	6.946	3.210	52.971
Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo	32,5	36,6	39,5	42,7	46,5	49,3	49,2	42,1
Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi infratoracici	10,2	10,9	10,0	9,4	7,3	6,2	5,4	8,7
Tumori maligni degli organi genitourinari	14,5	13,5	14,4	13,6	13,2	12,2	11,4	13,4
Tumori maligni dei tessuti linfatico ed ematopoietico	7,8	8,4	9,0	9,5	8,8	8,3	6,6	8,6
Tumori maligni della mammella della donna	22,8	18,5	15,1	12,8	12,1	11,6	13,6	14,9
Tumori maligni dell'utero, delle ovaie e degli altri annessi uterini	11,5	10,0	10,0	8,6	7,6	6,7	5,5	8,7
Malattie dell'apparato respiratorio	311	580	1.099	1.539	3.036	3.256	2.893	12.714
Malattie croniche dell'apparato respiratorio	49,5	58,1	57,9	56,8	52,2	47,9	38,6	49,3
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutriz. e del metab. e disturbi immunit.	505	969	1.725	1.795	2.720	2.050	1.016	10.780
Diabete Mellito	86,3	88,1	92,2	92,4	93,8	93,5	90,9	92,1
Cause esterne dei traumi ed avvelenamenti	379	482	768	886	1.856	2.138	1.674	8.183
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	249	467	755	808	1.352	1.035	628	5.294

Fonte: Istat, Rilevazione delle cause di morte, anno 1994

La graduatoria delle malattie croniche e delle cause di morte deve far riflettere sulla direzione verso cui dovrebbe muovere la ricerca scientifica. Occorrerebbe, infatti, non solo dedicare ingenti risorse alla ricerca contro le "malattie del secolo" (come il cancro e l'AIDS),

ma anche verso malattie non necessariamente letali, ma non per questo meno onerose sotto il profilo personale e sociale, come ad esempio l'artrosi e l'artrite, l'osteoporosi e così via.

Attualmente, infatti, sembra esistere una distorsione nell'allocazione delle risorse destinate alla ricerca scientifica, che porta a favorire il trattamento delle malattie in funzione della gravità "medica" e non anche di quella "sociale", definendo così implicitamente delle priorità che non dovrebbero essere scontate. Tale impostazione deriva anche da una concezione della salute vista in termini prevalentemente ospedalieri e medici lasciando pochi margini alla dimensione "sociale", che invece svolge un ruolo fondamentale nel determinare lo stato di salute e la sua valutazione e, quindi più in generale, il benessere individuale. Probabilmente l'intero sistema si gioverebbe di un dicastero unico che trattasse gli aspetti sociali e quelli sanitari, promuovendo quindi un approccio di gestione unificata della salute.

1.6. TENDENZE PER IL FUTURO

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 invariati e pari a quelli rilevati nell'indagine in oggetto, il numero di malati cronici, 60 anni e più, dovrebbero ammontare nel 2009 a circa 11,6 milioni, 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 assolutamente straordinario, 4% circa, riguarda gli ultraottantenni: si tratta quindi di rivedere completamente prospettive e strategie di intervento dal momento che i malati cronici di questa fascia di età dovrebbero aumentare di circa 90mila all'anno e i disabili di circa 40mila all'anno (tabella 1.13 e 1.14).

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 (1,6% 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 assistenza da parte degli anziani.

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 di queste variabili non abbiamo in Italia dati seguiti (se ci rifacessimo 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 continuo e completo dell'andamento di cronicità e disabilità, al fine di poter impostare al meglio le necessarie politiche sociali e sanitarie.

Tab. 1.13 - **Stima di persone in cattiva salute, malati cronici e disabili in valore assoluto (migliaia) per le persone di 60 anni e più. Maschi e femmine - Italia, 1999-2009.**

Età	1999	2004	2009	1999	2004	2009	1999	2004	2009
	M			F			Totale		
Persone in cattiva salute									
60-64	185	188	198	248	248	258	433	436	456
65-69	198	204	208	299	302	304	497	506	512
70-74	238	253	264	342	349	354	580	602	618
75-79	224	262	283	414	454	468	638	716	751
80+	312	393	494	711	863	1035	1.023	1.256	1.529
Totale									
60 +	1.157	1.300	1.447	2.014	2.216	2.418	3.171	3.516	3.865
Totale									
65 +	971	1.112	1.249	1.766	1.968	2.161	2.737	3.080	3.410
Con almeno una malattia cronica									
60-64	974	986	1044	1.152	1.152	1.198	2.126	2.138	2.242
65-69	968	998	1018	1.233	1.245	1.250	2.201	2.243	2.268
70-74	868	923	961	1.212	1.236	1.257	2.080	2.159	2.218
75-79	628	734	794	1.063	1.164	1.201	1.691	1.898	1.995
80+	592	747	939	1.310	1.591	1.908	1.902	2.338	2.847
Totale									
60 +	4.030	4.388	4.756	5.970	6.388	6.814	10.000	10.776	11.570
Totale									
65 +	3.056	3.402	3.712	4.818	5.236	5.616	7.874	8.638	9.328
Con disabilità *									
60-64	129	131	139	102	102	106	231	233	245
65-69	171	176	180	165	166	167	336	342	347
70-74	249	264	275	247	252	256	496	516	531
75-79	315	368	398	320	350	361	635	718	759
80+	29	36	45	795	966	1158	824	1002	1203
Totale									
60 +	893	975	1.037	1.629	1.836	2.048	2.522	2.811	3.085
Totale									
65 +	764	844	898	1.527	1.734	1.942	2.291	2.578	2.840

* dati al 1994

Fonte: elaborazione propria su previsioni di Golini - De Simoni e su dati Istat

Tab. 1.14 - Incrementi assoluti e tassi di incremento medio annuo della popolazione di 60 anni e più in cattiva salute, con almeno una malattia cronica o almeno una disabilità, per genere, anni 1999/2009.

Incremento assoluto (in migliaia)								
1999/04	2004/09	1999/09	1999/04	2004/09	1999/09	1999/04	2004/09	1999/09
M			F			Totale		

Persone in cattiva salute

60-64	3	10	13	0	10	10	3	20	23
65-69	6	4	10	3	2	5	9	6	15
70-74	7	11	26	7	5	12	22	16	38
75-79	38	21	59	40	14	54	78	35	113
80+	81	101	182	152	172	324	233	273	506
Totale 60+	143	147	290	202	202	404	345	349	694
Totale 65+	141	137	278	202	193	395	343	330	673

Con almeno una malattia cronica

60-64	12	58	70	0	46	46	12	104	116
65-69	30	20	50	12	5	17	42	25	67
70-74	55	38	93	24	21	45	79	59	138
75-79	106	60	166	101	37	138	207	97	304
80+	155	192	347	281	317	598	436	509	945
Totale 60+	358	368	726	418	426	844	776	794	1570
Totale 65+	346	310	656	418	380	798	764	690	1454

Con disabilità*

60-64	2	8	10	0	4	4	2	12	14
65-69	5	4	9	1	1	2	6	5	11
70-74	15	11	26	5	4	9	20	15	35
75-79	53	30	83	30	11	41	83	41	124
80+	7	9	16	171	192	363	178	201	379
Totale 60+	82	62	144	207	212	419	289	274	563
Totale 65+	80	54	134	207	208	415	287	262	549

Tab. 1.14 – Incrementi assoluti e tassi di incremento medio annuo della popolazione di 60 anni e più in cattiva salute, con almeno una malattia cronica o almeno una disabilità, per genere, anni 1999/2009.

	Tasso di incremento medio annuo (%)								
	1997/01			1998/02			1999/03		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Persone in cattiva salute*									
60-64	0,32	1,04	0,68	0,00	0,79	0,40	0,14	0,90	0,52
65-69	0,60	0,39	0,49	0,20	0,13	0,17	0,36	0,24	0,30
70-74	1,23	0,85	1,04	0,41	0,28	0,35	0,75	0,53	0,64
75-79	3,18	1,55	2,37	1,86	0,61	1,23	2,33	0,96	1,64
80+	4,72	4,68	4,70	3,95	3,70	3,83	4,19	4,01	4,10
totale 60+	2,36	2,17	2,26	1,93	1,76	1,84	2,09	1,91	2,00
totale 65+	2,75	2,35	2,55	2,19	1,89	2,04	2,39	2,06	2,22
Con almeno una malattia cronica									
60-64	0,25	1,15	0,70	0,00	0,79	0,39	0,11	0,95	0,53
65-69	0,61	0,40	0,50	0,19	0,08	0,14	0,38	0,22	0,30
70-74	1,24	0,81	1,02	0,39	0,34	0,37	0,75	0,54	0,64
75-79	3,17	1,58	2,37	1,83	0,63	1,23	2,34	1,00	1,67
80+	4,76	4,68	4,72	3,96	3,70	3,83	4,21	4,02	4,12
totale 60+	1,72	1,62	1,67	1,36	1,30	1,33	1,51	1,43	1,47
totale 65+	2,17	1,76	1,96	1,68	1,41	1,54	1,87	1,55	1,71
Con disabilità*									
60-64	0,31	1,19	0,75	0,00	0,77	0,39	0,17	1,01	0,59
65-69	0,58	0,45	0,51	0,12	0,12	0,12	0,35	0,29	0,32
70-74	1,18	0,82	1,00	0,40	0,32	0,36	0,79	0,57	0,68
75-79	3,16	1,58	2,37	1,81	0,62	1,21	2,49	1,12	1,80
80+	4,42	4,56	4,49	3,97	3,69	3,83	3,99	3,72	3,86
totale 60+	1,77	1,24	1,51	2,42	2,21	2,32	2,19	1,88	2,04
totale 65+	2,01	1,25	1,63	2,58	2,29	2,43	2,39	1,95	2,17

*dati al 1994

Fonte: cfr. tabella 1.13

2

**LA DOMANDA DI SERVIZI SANTARI
E SOCIO-ASSISTENZIALI DEGLI ANZIANI**

I paradigmi dell'invecchiamento delle popolazioni occidentali possono aiutare ad inquadrare la criticità e complessità della problematica inerente la valutazione dell'offerta di servizi e di strutture sociali, sanitarie ed assistenziali. Infatti, dalla valutazione dell'impatto che l'invecchiamento individuale e della popolazione comporta in termini economici, sociali, culturali e psicologici si può partire per focalizzare le esigenze più pressanti a livello collettivo e individuale che da tali tendenze derivano.

I mutamenti e le novità della realtà delle popolazioni occidentali contemporanee investono tanto la sfera sociale (possibile accentuazione delle disuguaglianze sociali e dei conflitti generazionali; inaridimento dei valori; riduzione della coesione sociale, del dinamismo collettivo e della solidarietà intergenerazionale; maggiore resistenza ai cambiamenti, ecc.) quanto quella economica (possibile calo della produttività e della mobilità professionale, con conseguente riduzione dello spirito di iniziativa; scarsità delle risorse umane; riduzione degli investimenti e della domanda dei consumi e, più in generale, della ricchezza delle nazioni; diminuzione della competitività internazionale e della concorrenza tra i paesi, ecc.). E i cambiamenti dell'immagine, dei valori collettivi e dei comportamenti sociali che ne derivano alimentano il rischio di involuzione sociale (invecchiamento sociale). Basti pensare, ad esempio, ai cambiamenti che eventi demografici (denatalità e conseguenti squilibri generazionale determineranno un aumento di anziani senza figli e di anziani soli, anche a causa del crescente numero di divorzi) e sociali (il diverso ruolo della donna e le trasformazioni della famiglia) hanno introdotto nella rete di supporto informale ad anziani e malati rappresentata dalla famiglia che, se in passato ha costituito il cardine di riferimento nelle politiche assistenziali e sanitarie, attualmente trova difficoltà a trovare forme di assistenza adeguate ai propri congiunti, a causa della scarsità dell'offerta di servizi adeguati.

Rilevanti, pertanto, le implicazioni dell'invecchiamento della popolazione sugli aspetti assistenziali e socio-sanitari: la più elevata speranza di vita determina, *coeteris paribus*, un maggior numero di malati e disabili, a cui, inevitabilmente, corrisponde un maggior ricorso a visite mediche, accertamenti diagnostici, strutture sanitarie e assistenziali. Ciò determina, in generale, una crescita della domanda che rischia di essere più veloce rispetto alla crescita dell'offerta di strutture sociali e sanitarie che vanno adeguate mediante l'individuazione e la predisposizione di specifici interventi, da realizzare attraverso apposita programmazione e pianificazione.

Cruciale, quindi, l'analisi e la stima della domanda di servizi sociali e sanitari che non solo consente di meglio focalizzare i bisogni di assistenza e di "salute" provenienti da anziani, ma anche di individuare il gap esistente tra richieste di prestazione di assistenza e sanitarie e fruizione effettiva.

Nell'accezione più semplice il bisogno di assistenza può essere inteso come somma dei bisogni degli individui di un certo territorio oppure come differenza tra i livelli di assistenza effettivamente raggiunti e quelli considerati ottimali, senza far riferimento alla disponibilità dei servizi e delle risorse. Esso può essere distinto in *bisogno percepito*, se riflette la convinzione soggettiva di una persona di avere un problema assistenza sociale o di salute per il quale reputa necessario il ricorso ad un servizio, e *bisogno espresso*, se, percepito il bisogno, si ricorre concretamente al servizio sociale e

sanitario, esprimendosi in domanda effettiva. Un bisogno, però, può rimanere *inespresso* sia da parte dell'anziano che ha bisogno di aiuto che dell'assistente sociale e del medico e, quindi, non manifestarsi come necessità o domanda. Per *necessità*, invece, si intende la percezione da parte dell'individuo di un bisogno di servizi. Ovviamente le necessità sono limitate dalla percezione del singolo individuo, che può non essere a conoscenza dell'esistenza di un particolare servizio, così come può non sapere che una determinata condizione sia trattabile.

Alla luce di queste considerazioni, una necessità che venga tradotta nella ricerca di un servizio o di beni adatti diventa *"domanda"*. Essa è funzione del bisogno (cioè la propria condizione), della disponibilità dei servizi (cioè la organizzazione del sistema socio-sanitario) e di altre componenti, quali le condizioni socioeconomiche, il reddito, la classe sociale, la dimensione della famiglia, le caratteristiche dei medici ecc. Naturalmente non tutta la domanda può essere soddisfatta e una possibile quantificazione può essere effettuata sulla base della lunghezza e della consistenza delle liste di attesa.

Secondo questa ottica, basata sull'approccio gestionale, la fruizione di un servizio socio-sanitario e, quindi, più in generale *l'uso*, essendo il risultato dell'interazione tra domanda (provocata dalla percezione di un bisogno ed espressa dalla popolazione) ed offerta specifica (prodotta dalle istituzioni attraverso la realizzazione e l'erogazione di un idoneo servizio), rappresenta un'espressione tangibile e consistente della domanda "soddisfatta" e, quindi, della risposta del servizio relativo. E agevole risulta la sua misurazione, che si basa sulla rilevazione dell'attività del servizio in rapporto all'utenza che accede ad esso ed alla sua tipologia; delle risorse consumate per erogare il servizio e conseguentemente, del livello di produttività derivato dall'uso del servizio. Per fare un solo esempio sul tipo di informazione di cui si può disporre, si può prendere in esame la percentuale di ultrasessantenni che hanno utilizzato negli ultimi 12 mesi la ASL, da cui emerge che la domanda di questa tipologia di servizio non presenta una significativa differenziazione rispetto al sesso né rispetto all'età, se non fosse per un ricorso minore alla ASL tra gli ultrasessantacinquenni, che molto probabilmente fanno richiesta di servizi sanitari di altro tipo (tabella 2.1).

Tabella 2.1. - **Ultrasessantenni che negli ultimi 12 mesi hanno utilizzato la ASL, per genere e classi di età (per 100 utenti della stessa zona e con le stesse caratteristiche). Anno 1998.**

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
60-64	49,1	51,7	50,4
65-69	52,3	52,1	52,2
70-74	52,9	50,3	51,5
75 e più	49,7	37,4	42,0
Totale	52,2	48,1	42,1

Fonte: Istat, 1998

Più difficile risulta, invece, la quantificazione della domanda effettiva e potenziale che, prescindendo da siffatta misurazione, richiede la realizzazione di indagini ad hoc in grado di stimarne l'entità.

Estremamente importante, dunque, si rivela il ruolo del bisogno, della necessità e della domanda nella pianificazione della assistenza socio-sanitaria. Gli studi su questi aspetti, unitamente a quelli sull'utilizzazione di servizi sanitari costituiscono i requisiti essenziali per la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia dell'assistenza. Spesso esi-

stono delle differenze considerevoli all'interno di essi, in quanto come già precedentemente sottolineato non tutto il bisogno arriva a esprimersi come domanda e non tutta la domanda viene soddisfatta. Inoltre non è sempre ovvio quali siano i precisi livelli di bisogno, domanda ed utilizzazione per un particolare servizio.

La non completa sufficienza di molti sistemi informativi sociali e sanitari fa sì che l'analisi dell'assistenza fornita non sia attendibile. 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 (come, ad esempio, quelle considerate in questo Rapporto). Ma determinante risulta la disponibilità di fonti di informazioni di tipo sociale sanitario ricche ed affidabili in grado di misurare sia la domanda di assistenza, che lo squilibrio esistente rispetto all'offerta.

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.

Nella valutazione della probabile dinamica futura della domanda di servizi di assistenza che dovrà essere soddisfatta da strutture formali (pubbliche e private) di assistenza è importante considerare non solo le determinanti del livello assoluto di assistenza ma anche i fattori che influenzano la quota di servizi di assistenza erogati in modo informale dalle famiglie, distinguendoli da quella invece soddisfatta da strutture formali. Ciò alla luce del fatto che la notevole crescita prevista nella domanda di strutture formali di assistenza private e pubbliche dipenderà non solo dalla maggiore presenza di anziani, malati e disabili (che costituiscono, in un certo senso, la domanda potenziale in relazione al bisogno di assistenza che potrebbero manifestare), ma anche dall'attuale difficoltà che in alcuni casi presenta la rete informale di assistenza oggi operante. Quest'ultimo aspetto è da ricondurre fondamentalmente al diverso ruolo della donna su cui solitamente grava l'assistenza di anziani e malati. Ma se da una parte l'aumento del tasso di attività femminile riduce il numero di donne che si occupano della cura dei propri familiari, d'altra parte è pur vero che aumenta le opportunità di coloro che decidono di dedicarsi all'assistenza informale di persone non autosufficienti, portando alla creazione di nuove figure professionali identificabili nel "collaboratore domestico" la cui importanza è destinata ad aumentare, così come fortemente quella del volontariato.

Pertanto la valutazione delle condizioni della popolazione anziana, del suo stile e delle sue condizioni di vita (che sono fortemente correlati allo stato di salute e condizionati dalla presenza o assenza di patologie croniche e di disabilità), pur rispondendo ad un'esigenza informativa, deve rappresentare la base delle politiche di tipo sociale ed economico, concernendo tutti gli aspetti delle politiche di Welfare, compresa la politica assistenziale e sanitaria. Più precisamente, il complesso della politica sociale (e, anzi, della politica generale) dovrebbe creare il contesto necessario affinché la politica sanitaria abbia efficacia e produca risultati positivi, promuovendo un approccio multidimensionale che tenga conto degli innumerevoli fattori che concorrono a garantire il "benessere psicofisico" della popolazione.

Ad esempio, fra i vecchi e i molto vecchi, alla maggiore presenza di malattie croniche e di non autosufficienza, corrisponde anche un peggioramento dello stato patrimoniale che, il più delle volte, si traduce in degrado abitativo. Infatti, un importante fenomeno di carattere sociale collegato all'invecchiamento è rappresentato dalla progressiva riduzione dello spazio vissuto e dal più accelerato processo di degrado abitativo, così come confermato dai risultati del progetto "Nestore".

In particolare, per quanto riguarda la domanda, occorre garantire l'uniformità effettiva alla copertura assistenziale della popolazione nelle diverse realtà locali, per

ragioni di equità sociale. Ciò richiede la verifica dei livelli di assistenza al fine di individuare appropriate ed efficaci soglie di assistenza, rispetto alle quali garantire una risposta uniforme sull'intero territorio nazionale.

Dalle considerazioni fatte si comprende, dunque, 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 sensitività (allo scopo di indagare sull'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).