



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

Il Sistema Sanitario in controluce. Rapporto 2016

La salute nel ciclo di vita della
popolazione: come sta cambiando
e come si può intervenire.

Prefazione

L'aspettativa di vita degli anziani è progressivamente aumentata negli ultimi decenni e questo trend continuerà nei prossimi anni. In particolare, il programma Europa 2020 si pone come obiettivo quello di aumentare il numero di anni di vita in buona salute di 24 mesi entro il 2020. Il mondo sta quindi invecchiando e questa è una buona notizia. Ma l'allungamento della vita di cui abbiamo beneficiato non è sempre accompagnato da una buona salute. Il costo e la prevalenza delle malattie croniche sono in aumento tra gli anziani, così come la disabilità grave, con pesanti conseguenze per la sostenibilità del sistema: un mondo che oggi è appena in grado di soddisfare le esigenze sanitarie della sua attuale popolazione si troverà nei prossimi anni a dover affrontare e soddisfare i bisogni sanitari di centinaia di milioni di persone anziane.

La combinazione di debito pubblico, disoccupazione, globalizzazione, invecchiamento demografico e aumento dei prezzi delle case cui abbiamo assistito negli ultimi 20 anni ha ridotto i livelli e il potere di acquisto dei redditi e le prospettive di milioni di giovani in tutto il mondo sviluppato, con conseguenze senza precedenti per la disuguaglianza tra le generazioni. Per la prima volta nella storia dei paesi industrializzati, con l'eccezione dei periodi di guerra, i redditi dei giovani adulti si sono ridotti rispetto al resto della società. In Italia le famiglie sotto i 35 anni sono diventate più povere di quelle dei pensionati sotto gli 80 anni. Se poi si accetta l'ipotesi che il tasso di morbilità e la speranza di vita sono indicatori influenzati da fattori quali l'occupazione, il reddito e l'accesso all'assistenza sanitaria, è evidente che in termini dinamici lo stato di salute di questa coorte di giovani individui avrà ripercussioni importanti sul futuro stato di salute medio dell'intera popolazione e sulla spesa sanitaria nel suo complesso. L'organizzazione e la gestione di questi fenomeni rappresenteranno la vera sfida delle politiche sociali e sanitarie in Italia.

Nell'ambito del pluriennale impegno su attività di ricerca in ambito sanitario, e al fine di dare una risposta concreta a tali problemi, la Fondazione Farmafactoring ha deciso di avviare un progetto di ricerca triennale dal titolo *“La salute nel ciclo di vita della popolazione: dinamiche in atto e prospettive future”*. L'adozione di un approccio generazionale ai temi della salute e della sanità conferisce all'analisi una caratteristica di innovatività unica fino ad oggi in questo settore.

La ricerca, condotta in collaborazione con il CERGIS dell'Università Bocconi, sarà articolata lungo due direzioni:

1. mettere in evidenza le eventuali differenze che esistono in Italia in termini di stato di salute lungo il ciclo di vita delle persone e per condizione socio-economica e come tali differenze sono cambiate negli ultimi decenni;
2. fornire una proiezione dello stato di salute delle diverse generazioni (in particolare la *“Generazione X”* e quella dei *“Millennials”*) nei prossimi 20 anni e dell'impatto che queste avranno sulla spesa sanitaria;
3. fornire una descrizione dell'organizzazione dei servizi sanitari regionali e della loro capacità di prendersi cura degli individui durante il loro ciclo di vita, guardando in particolare a cosa capita nell'età pediatrica-adolescenziale, in quella adulta e in quella anziana.

In questo primo Rapporto sono presentati i risultati della ricerca dal titolo *“I cambiamenti nella salute in Italia: gli effetti sulla silver generation”*. Il Rapporto è focalizzato sull’evoluzione dello stato di salute della popolazione italiana e sulla reale capacità del sistema sanitario di farsi carico dei bisogni che saranno espressi, indagando i contenuti e le caratteristiche della domanda di prestazioni sanitarie espressa dalla silver generation e gli associati profili d’offerta.

Le analisi condotte mostrano una tendenziale incapacità del sistema di farsi carico in maniera completa e appropriata dei bisogni sanitari espressi dall’attuale *silver generation*. Questo è un segnale che va letto e interpretato in prospettiva, poiché per il futuro le (attuali) generazioni più giovani potrebbero avere uno stato di salute peggiore quando entreranno a far parte della *silver generation*. Inoltre, ciò dovrebbe far ripensare a come i *trend* epidemiologici e di spesa dei prossimi anni potranno essere alterati rispetto alle stime istituzionali *main-stream* oggi disponibili.

Relativamente alla condizione dell’attuale *silver generation*, i risultati dicono che esiste una filiera della presa in carico di questi individui. Si parla di filiera per evidenziare come la risposta ai bisogni sanitari e assistenziali della *silver generation* passi attraverso una molteplicità di servizi, luoghi e istituzioni funzionali all’evolversi del bisogno, complementari nelle loro caratteristiche, ma anche “supplementari” nei potenziali vuoti di offerta del sistema pubblico. Compongono questa filiera ideale diversi *setting*, a intensità assistenziale crescente. A livello massimo si colloca l’ospedale per acuti; quindi l’ospedale con funzione di riabilitazione o lungodegenza post-acuta; la rete territoriale delle cure intermedie; la rete delle strutture residenziali e semiresidenziali sociosanitarie e sociali (su tutte, le Residenze Sanitarie Assistenziali o RSA); la casa d’origine con assistenza al domicilio tramite servizi di Assistenza Domiciliare Integrata, o ancora assistenza informale prestata da assistenti familiari, più o meno formalizzate e più o meno specializzate. L’insieme di questi *setting* assistenziali rappresenta idealmente una rete a disposizione delle famiglie e degli anziani, i cui nodi dovrebbero attivarsi in modo differenziato a seconda dell’evolversi dei bisogni e alternandosi nel tempo. Le diverse Regioni definiscono nel loro insieme un panorama molto variegato ed eterogeneo in termini di geografia dell’offerta e copertura del bisogno, di cui la rete dei servizi sanitari rappresenta solo la punta dell’iceberg. Dall’elaborazione e interpretazione dei dati raccolti risulta un quadro di tendenziale incapacità del sistema di farsi carico in maniera completa e appropriata dei bisogni sanitari espressi dalla *silver generation*. Si confermano inoltre, a livello dei singoli SSR, livelli di straordinaria eterogeneità, che configurano, da un lato una ricognizione di molteplici modelli organizzativi e soluzioni operative per dare risposta ai bisogni sanitari della *silver generation*, mostrando, dall’altro, come i diversi SSR non siano ad oggi comparabili per quantità e qualità di presa in carico della popolazione anziana.

Il quadro d'insieme del progetto

Parte

1

Indice

1. Introduzione	7
2. L'evoluzione dello stato di salute attraverso le generazioni: l'ipotesi di "double expansion of morbidity" (dem)	10
3. Le determinanti dell'evoluzione dello stato di salute	19
4. Definizione e importanza delle generazioni	23
5. Evoluzione delle condizioni economiche tra le generazioni	28
6. Lo stato di salute tra generazioni	32
6.1 Le analisi basate su dati aggregati "self-reported"	32
6.2 Le analisi basate su dati "oggettivi" a livello di paziente	36
6.3 Il problema nel problema: il gradiente socio-economico	41
7. Gli effetti dell'ipotesi dem sugli outcome sanitari e sulla spesa sanitaria nei prossimi anni: un'analisi con modello di micro-simulazione	49
7.1 Il modello	49
7.2 I risultati delle simulazioni	50
8. Conclusioni	57
Bibliografia	58

1. Introduzione¹

L'obiettivo principale del sistema di welfare creato nel Regno Unito dopo la seconda guerra mondiale era fornire protezione sociale di base a tutti i cittadini nel loro ciclo di vita (dalla "culla alla tomba") (Beveridge Report, 1942). Il significato del termine "ciclo di vita" è duplice. In primo luogo, il termine "ciclo di vita" riflette un *continuum* di età in cui le esigenze di un individuo cambiano attraverso la vita, dal concepimento alla morte. In secondo luogo, il termine "ciclo di vita" si riferisce alle diverse fasi e agli eventi della vita attraverso cui un individuo o nucleo familiare passano, e che spesso impongono cambiamenti di status come, ad esempio, diventare vedova/o, madre/padre single, disoccupato, invalido, ecc.

In un mondo in rapida evoluzione, come quello attuale, un individuo non è più conforme a una sequenza lineare di fasi della vita che riguardano esclusivamente l'età (nascita, istruzione, matrimonio, lavoro, invecchiamento). Al contrario, gli individui sempre più spesso seguono cicli che sono influenzati da cambiamenti economici, sociali e spaziali - come la morte di un parente, un incidente, una perdita, il cambiamento del lavoro, la migrazione di alcuni membri della famiglia - che portano a cambiamenti importanti e che spesso richiedono una totale riprogrammazione della vita e delle aspettative.

Con questa prospettiva si può, quindi, capire meglio perché i fattori che contribuiscono alla vulnerabilità di una persona in tutto il suo ciclo di vita non sono solo quelli riguardanti l'età cronologica (e.g., bambini, giovani, adulti e anziani) e lo stadio di vita (e.g., studente, occupato/disoccupato, invalido, vedovo/a). Al contrario, è importante considerare come fattori sociali e culturali, quali etnie, sesso o disabilità, si intersechino con l'età cronologica e gli stadi della vita. Ad esempio, la povertà vissuta durante l'infanzia può avere conseguenze negative nel corso della vita di una persona in termini di stato nutrizionale e salute e, quindi, di sviluppo personale e opportunità legate alla formazione, l'autostima, le attività e l'accesso al mercato del lavoro: un basso status socio-economico dei genitori è, quindi, spesso trasmesso alla generazione successiva attraverso questi canali. Un altro modo per considerare il collegamento nell'evoluzione del ciclo di vita tra le generazioni - e tra il capofamiglia e i dipendenti - è di pensare, ad esempio, alla perdita di occupazione di un genitore che potrebbe portare un'intera famiglia in un nuovo e più vulnerabile ciclo di vita. Questi collegamenti diventano particolarmente evidenti in situazioni in cui la mortalità di "giovani adulti", per motivi di salute o per cause imprevedute (incidenti, eventi criminali), può portare effetti distruttivi sullo sviluppo e sulle dinamiche dello stato di salute dei dipendenti (persone anziane, bambini e altre persone a carico).

1. Alla redazione del presente Rapporto hanno contribuito Vincenzo Atella (coordinatore), Federico Belotti, Felice Cincotti, Joanna Kopinska, Alessandro Palma e Andrea Piano Mortari. Tutti i dati riportati nel Rapporto si basano su informazioni disponibili alla data del 30 settembre 2016, quando lo stesso è stato completato.

Gli esempi citati fanno facilmente capire come la probabilità di essere colpiti da eventi avversi durante il ciclo di vita possa essere abbastanza elevata, con una dimensione degli effetti che varia secondo il ciclo economico e le condizioni di natura politico/sociale che si attraversano. In quest'ottica, la combinazione di eventi sociali ed economici cui abbiamo assistito negli ultimi venti anni (globalizzazione, cambiamenti demografici, debito, disoccupazione e aumenti dei prezzi delle case), va considerato come un evento abbastanza unico e dirompente che ha colpito in modo diverso gli individui, secondo la fascia di età e le condizioni socio-economiche prevalenti in quel momento.

In particolare, questi eventi hanno ridotto i livelli e il potere di acquisto dei redditi e le prospettive di milioni di giovani in tutto il mondo sviluppato, con conseguenze senza precedenti per le disuguaglianze tra le generazioni. Un'indagine condotta dal *The Guardian* sulle prospettive dei *Millennials* - i nati tra il 1981 e la metà degli anni '90, altrimenti noti come Generazione Y - ha mostrato che essi sono tagliati fuori dalla ricchezza generata nelle società occidentali. Se trenta anni fa i giovani adulti guadagnavano più della media nazionale, ora in molti paesi i loro salari sono più bassi del 20% della media. Al contrario, i pensionati hanno visto i loro redditi salire. Secondo i dati del *Luxembourg Income Study* (LIS), in sette principali economie in Nord America e in Europa, la crescita del reddito di una coppia tra i 20 e i 30 anni si colloca a livelli più bassi delle medie registrate negli ultimi 30 anni. Nel caso degli Stati Uniti e dell'Italia il reddito disponibile per i *Millennials* è di poco più alto in termini reali di quello di trenta anni fa, mentre il resto della popolazione ha sperimentato consistenti guadagni.

È la prima volta nella storia dei paesi industrializzati, con l'eccezione dei periodi di guerra, che i redditi dei giovani adulti si sono ridotti rispetto al resto della società. Per la prima volta in Francia, i nuovi pensionati hanno generato più reddito disponibile delle famiglie con a capo una persona sotto i 50 anni. In Italia le famiglie sotto i 35 anni sono diventate più povere di quelle di pensionati sotto gli 80 anni. Utilizzando i dati più recenti per gli Stati Uniti, nel bel mezzo della crisi nel 2013, una famiglia media con età inferiore a 30 anni aveva un reddito inferiore rispetto a una di età compresa tra 65 e 79 anni.

Come detto in precedenza, la combinazione di questi fattori può provocare forti cambiamenti nei cicli di vita delle generazioni, con effetti, in scala micro e macro, a oggi non ancora ben studiati e capiti. Seguendo questa linea di ragionamento, se si accetta l'ipotesi che i tassi di morbilità e la speranza di vita sono indicatori influenzati da fattori quali l'occupazione, il reddito e l'accesso all'assistenza sanitaria, è evidente che lo stato di salute di questa coorte di individui ne sarà influenzato, generando a sua volta ripercussioni importanti sul futuro stato di salute medio dell'intera popolazione e sulla spesa sanitaria nel suo complesso.

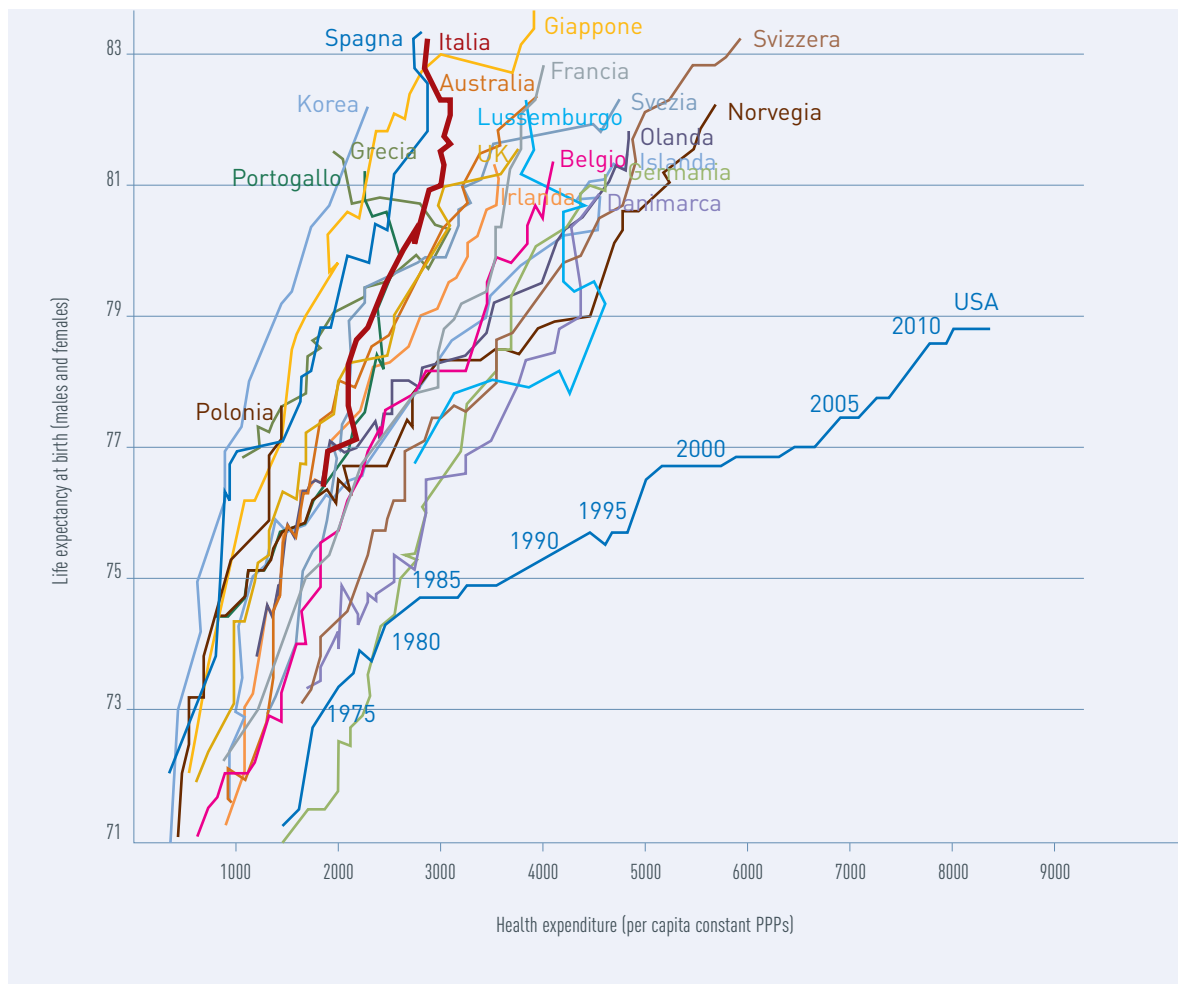
Obiettivo del presente Rapporto è, quindi, quello di studiare e analizzare questi fenomeni e di capire se e in che modo i *trend* epidemiologici e di spesa dei prossimi anni potranno essere alterati rispetto alle stime *main-stream* istituzionali oggi disponibili. Nelle pagine che seguono, sono presentati i risultati di un'analisi empirica volta a capire la direzione di tali cambiamenti e i *trend* di alcuni di questi fattori attraverso le varie generazioni. Questo approccio generazionale conferisce all'analisi una caratteristica di innovatività unica fino ad oggi in questo settore.

2. L'evoluzione dello stato di salute attraverso le generazioni: l'ipotesi di “*double expansion of morbidity*” (DEM)

Durante il secolo scorso lo sviluppo economico, il miglioramento delle condizioni ambientali in molte zone rurali, gli stili di vita migliorati, i progressi della sanità e della medicina (in particolare con la riduzione della mortalità infantile), hanno generato un continuo aumento della speranza di vita alla nascita in Europa, e in Italia in particolare. Questo processo è stato più continuo in Europa che in molte altre parti del mondo, ponendo oggi l'UE-28 tra i leader mondiali per l'aspettativa di vita. Negli ultimi 50 anni, l'aspettativa di vita alla nascita è aumentata di circa 10 anni (1 anno guadagnato ogni 5 vissuti), sia per gli uomini che per le donne. La speranza di vita alla nascita nella UE-28 è stata stimata in 80,9 anni nel 2014, raggiungendo 83,6 anni per le donne e 78,1 anni per gli uomini. Tra il 2002 (il primo anno per il quale sono disponibili per tutti gli Stati membri di dati) e il 2014, l'aspettativa di vita nella UE-28 è aumentata di 3,2 anni, da 77,7 a 80,9 anni (3,8 anni per le donne e 2,7 anni per gli uomini). Questo fenomeno persiste anche se si guarda ai paesi OCSE (vedi Fig. 1). La convergenza tra i paesi è destinata a continuare, con i maggiori incrementi della speranza di vita che saranno registrati in quei paesi in cui l'aspettativa di vita più è bassa nel 2010 (OECD, 2015). Guardando al futuro, EUROSTAT prevede che l'aspettativa di vita continuerà ad aumentare nell'Unione europea nei prossimi decenni, per raggiungere 84,6 anni per i maschi e 89,1 per le femmine nel 2060.

Tale allungamento dell'aspettativa di vita sembrerebbe suggerire che lo stato di salute delle generazioni più giovani sia in continuo miglioramento, portandoci a concludere che, negli anni, le generazioni più giovani hanno goduto di uno stato di salute migliore rispetto alle generazioni più anziane. Tuttavia, ora che le malattie croniche hanno sostituito le malattie infettive, e il rischio di ammalarsi non è solo legato al rischio di morire, un indicatore come quello della speranza di vita non è più in grado di fornire un quadro chiaro sullo stato di salute della popolazione (Riley, 1990). Infatti, con tassi di guarigione costanti o crescenti, se il rischio di morte diminuisce più del rischio di ammalarsi, il rischio di essere malati aumenta. In altre parole, la prevalenza delle malattie croniche nella popolazione può aumentare a causa di un allungamento dell'aspettativa di vita se la riduzione nei tassi di mortalità non è compensata da un'equivalente diminuzione dell'incidenza delle malattie croniche.

Figura 1. Trend nell'aspettativa di vita e spesa sanitaria - OECD



Fonte: Nostre elaborazioni su dati Health Data OECD

Quando negli anni '70 si dibatteva di queste tematiche, non esistevano dati a disposizione per poter valutare cosa esattamente stesse succedendo nella popolazione. In assenza di dati pertinenti sul cambiamento della morbidità, le relazioni che potevano esistere tra le variazioni di questi rischi e i tassi di mortalità sono state dibattute teoricamente, dando luogo a tre teorie prevalenti:

-
1. la prima prevedeva un miglioramento dello stato di salute a causa della “*compressione della morbilità*” e, quindi, si vive più a lungo e più in salute (Fries, 1980, 1989 e 2002; Hubert et al, 2002);
 2. la seconda un peggioramento dello stato di salute dovuto a una “*espansione della morbilità*” e, quindi, si vive più a lungo, ma meno in salute (Gruenberg, 1977; Kramer, 1980; Olshansky et al, 1991);
 3. la terza, un “*equilibrio dinamico*”, una sorta di *status quo* (Manton, 1982), dove, sebbene si registrino aumenti di prevalenza la mortalità cade in quanto gli stati prevalenti sono in media meno gravi.

La verifica empirica di queste tre teorie richiede avere a disposizione informazioni circa la gravità degli stati di prevalenza o i livelli di disabilità. Infatti, sebbene le malattie croniche abbiano molte conseguenze diverse, le classificazioni internazionali, pongono la disabilità al centro di queste conseguenze.² La disabilità è, allo stesso tempo, un indicatore della gravità degli stati morbosi e un indicatore della qualità degli anni vissuti. La sua introduzione nella definizione e misurazione degli indicatori ha permesso un notevole miglioramento nella capacità di capire lo stato di salute della popolazione.

La ripartizione della speranza di vita in anni vissuti con o senza disabilità ha, quindi, fornito gli strumenti necessari per confermare quale delle tre teorie è quella più coerente con l'evidenza empirica. L'indicatore attualmente utilizzato è quello di Healthy Life Years (HLY) che è una misura della speranza di vita vissuta senza disabilità.³ In un contesto di crescente aspettativa di vita e invecchiamento della popolazione, tale indicatore è stato, quindi, accettato come un importante indicatore a disposizione dei policy makers per capire quanti sono gli anni di vita vissuti in buona salute e, quindi, avere una idea più precisa della bontà del proprio operato.

Sulla base delle informazioni disponibili, nella realtà dei paesi OCSE l'ipotesi che più rispecchia i *trend* odierni di aspettativa di vita e HLY sembra essere quella della “*espansione della morbilità*”, dove si osserva un'espansione delle prevalenze delle malattie croniche dovuta all'aumento dell'aspettativa di vita (vedi Figura 1). Negli Stati membri dell'UE, nel 2008-10 l'indicatore di HLY alla nascita era in media di 62,2 anni per le donne e 61,0 anni per gli uomini. Secondo Bardi e Pierini

2. Si fa riferimento alla Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Handicap (ICIDH) e alla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) (WHO, 1980 e 2001).

3. Secondo la Commissione Europea, l'indicatore di HLY (chiamato anche Disease Free Life Expectancy – DFLE) misura il numero di anni restanti che una persona di una certa età è in grado di vivere senza disabilità. Il numero di anni di vita in buona salute rappresenta un indicatore robusto per monitorare la salute come un fattore di produttività/economica. Con esso è possibile anche introdurre il concetto di “qualità della vita”. E' utilizzato per distinguere tra anni di vita priva di qualsiasi limitazione di attività e anni con esperienza con almeno una limitazione di attività. L'enfasi non è esclusivamente sulla lunghezza della vita, come nel caso della speranza di vita, ma anche sulla qualità della vita. (vedere a riguardo il seguente link: http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/hly_en.htm).

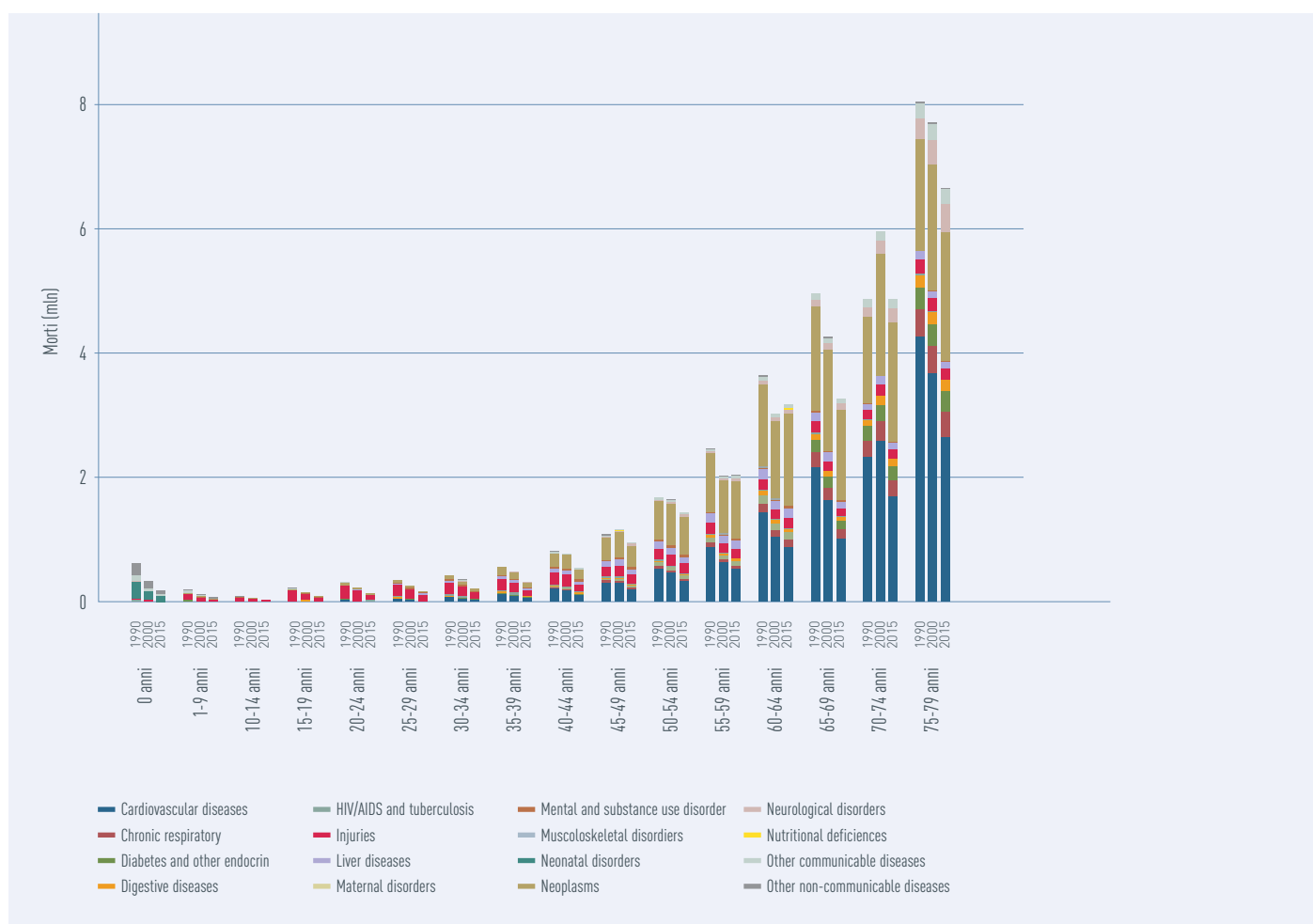
(2013), dal 2003 in molti paesi europei si è osservato un calo significativo nell'indicatore di HLY alla nascita, interrompendo quello che era stato un processo di crescita continuo fino a quel momento. Questo calo è stato particolarmente marcato in Italia, anche se riduzioni importanti in termini di HLY sono state registrate anche in Francia qualche anno dopo. A parte le differenze tra aree geografiche, differenze si notano anche nei trend di HLY tra i sessi: le donne, che vivono più a lungo, registrano spesso un numero di anni di vita in salute minore.⁴

Nel complesso, questi dati raccontano che nel mondo le persone vivono sempre più a lungo e ciò rappresenta una buona notizia. La brutta notizia, invece, è che l'allungamento della vita di cui abbiamo beneficiato fino ad oggi non è accompagnato da un pari allungamento degli anni di vita passati in buona salute. Quindi, se da un lato la longevità è da considerarsi senza dubbio un successo e una conquista per la società, portando anche innegabili benefici economici (Breyer et al., 2010), dall'altro lato, secondo molti autori, amplifica potenzialmente i rischi connessi all'incidenza delle malattie croniche in età avanzata, determinando un aumento della domanda di assistenza sanitaria di lungo periodo (Brugiavini, Padula e Pasini, 2010). Il costo e la prevalenza delle malattie croniche sono in aumento tra gli anziani, così come la disabilità grave, con notevoli conseguenze per la sostenibilità dei sistemi: un mondo che oggi sembra essere appena in grado di soddisfare le esigenze sanitarie della sua attuale popolazione si troverà nei prossimi anni a dover affrontare e soddisfare i bisogni sanitari di centinaia di milioni di persone anziane affette da disabilità (Atella et al., 2016).

Relativamente all'Unione Europea, nel 2010 si stima che circa il 60% del peso imposto dalle malattie croniche in termini di DALY (*Disability Adjusted Life Years*) possa essere attribuito a sette principali fattori di rischio: pressione alta (12,8%), fumo (12,3%), alcool (10,1%), livelli alti di colesterolo (8,7%), sovrappeso (7,8%), ridotta assunzione di frutta e verdura (4,4%) e scarsa attività fisica (3,5%). Un altro aspetto importante è che i fattori di rischio spesso si sommano tra di loro (ad esempio, il diabete si somma alla lista dei fattori di rischio nel caso delle malattie cardiovascolari).

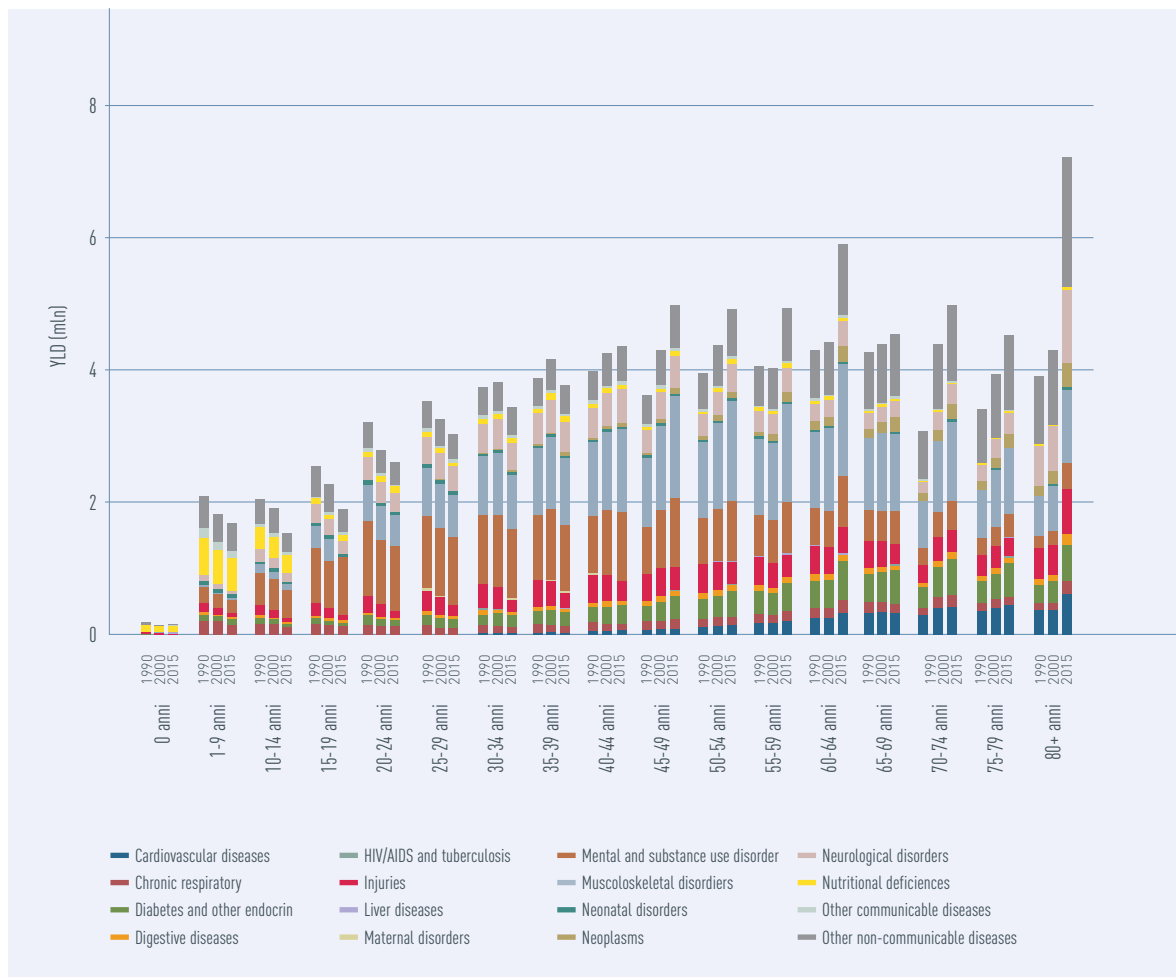
4. A tal proposito, va ricordato che il programma Europa 2020 ha, però, come obiettivo prioritario quello di aumentare il numero di anni di vita in buona salute di 24 mesi entro il 2020.

Figura 2a. Numero di morti per causa e classe di età EU (1990, 2000 e 2015)



Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation - 2016

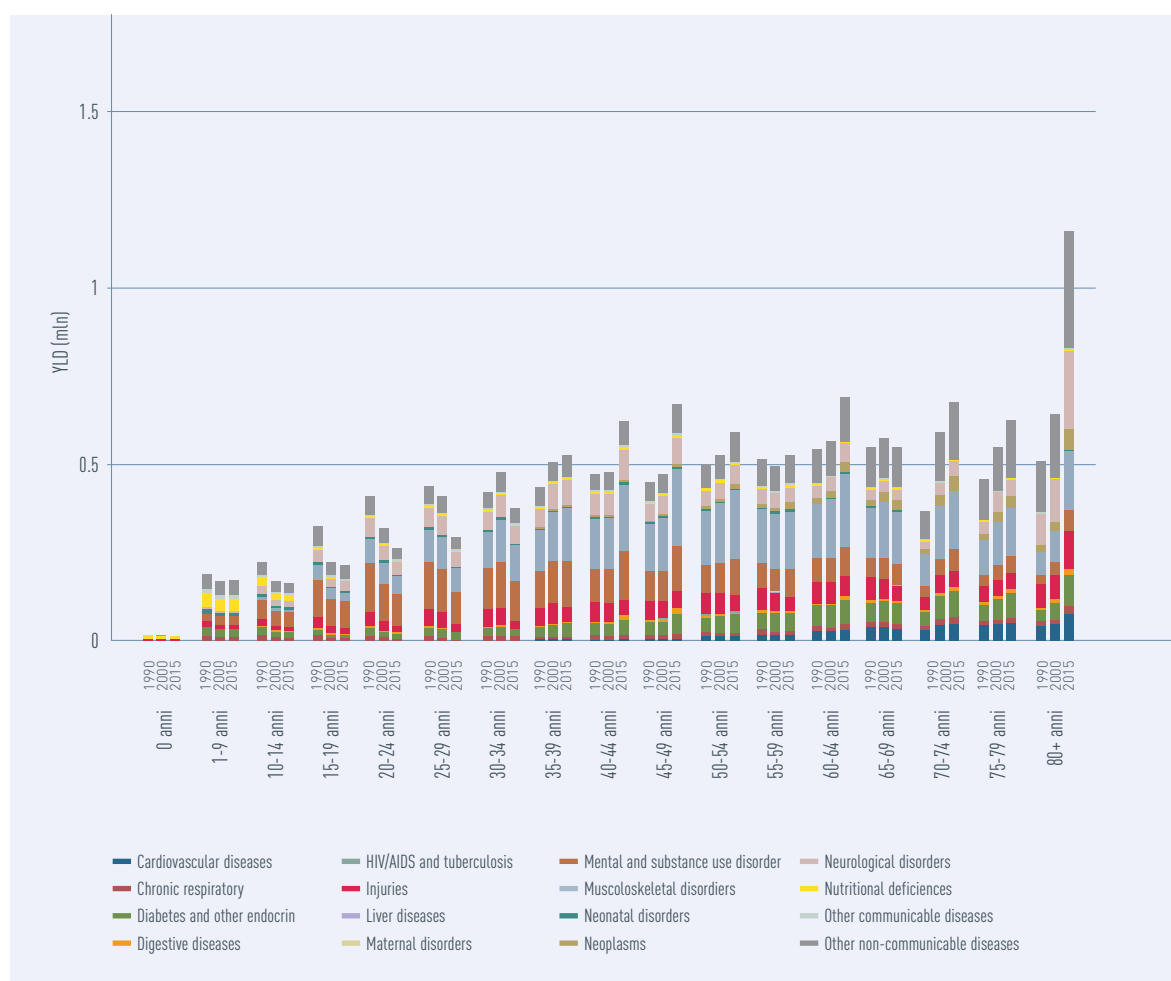
Figura 2b. Numero di anni con disabilità per causa e classe di età EU (1990, 2000 e 2015)



Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation - 2016

Almeno il 35% degli uomini sopra i 60 anni soffre di due o più patologie croniche e il numero delle comorbidità aumenta con l'età, con livelli più alti osservati tra le donne (Atella, Belotti et al., 2016).

Figura 2c. Numero di anni con disabilità per causa e classe di età (1990, 2000 e 2015) - Italia



Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation - 2016

La Figura 2 mostra in modo abbastanza chiaro cosa sia avvenuto nell'Unione Europea tra il 1990 ed il 2015 in termini di dinamica di mortalità e di anni di vita trascorsi con disabilità (*YLD – Years of Life with Disability*) per causa di morte e classe di età. Il primo grafico (2a) fa chiaramente vedere come negli ultimi venti anni il numero di morti si sia ridotto in modo costante e sostanziale per le classi di età fino a 65-69, ed è invece cresciuto per le classi di età superiori.⁵ Questo fenomeno, che è il responsabile principale

dell'allungamento dell'aspettativa di vita della popolazione, è stato reso possibile grazie al miglioramento delle tecnologie (di prodotto e di processo) e a migliori modelli di management in sanità. A fronte di questo aspetto positivo, il grafico 2b mostra un secondo aspetto più problematico. Infatti, nello stesso periodo il numero di YLD è notevolmente aumentato, sia perché sono aumentati gli anni di vita passati con disabilità per le classi di età più anziane, sia perché le disabilità hanno cominciato ad aumentare anche tra le classi di età più giovani. In particolare, dal grafico si vede chiaramente come fino ai 30 anni il trend sia stato positivo, con una riduzione degli anni passati con disabilità; al contrario, dopo i 40 anni il trend è stato negativo con un aumento degli anni passati in disabilità. Nel mezzo c'è la classe di età dei trentenni, per i quali la situazione in media non è cambiata molto.

Relativamente al solo caso italiano, i dati presentati nella Figura 2c sembrano invece raccontare una situazione leggermente più preoccupante, con il numero degli anni passati con disabilità che è cresciuto soprattutto tra le classi di età più giovani e con l'inversione del trend tra andamento positivo (riduzione disabilità) e negativo (aumento disabilità) già a partire dai trenta anni.

La letteratura esistente su quest'argomento ha messo in evidenza come fino al 1990 un aumento della speranza di vita sia stato accompagnato da un aumento del tempo vissuto senza disabilità (Cai e Lubitz 2007) o con limitazioni moderate (Graham et al. 2004), portando a immaginare che la teoria prevalente potesse essere quella dell'equilibrio dinamico. Fino ai primi anni 2000 sembrerebbe esserci stata una continuazione dell'equilibrio dinamico del 1990, con un'espansione emergente di alcune forme di disabilità grave solo in Europa e in altri paesi sviluppati (Cheung e Yip 2010, Galenkamp et al. 2012, Hashimoto et al. 2010).

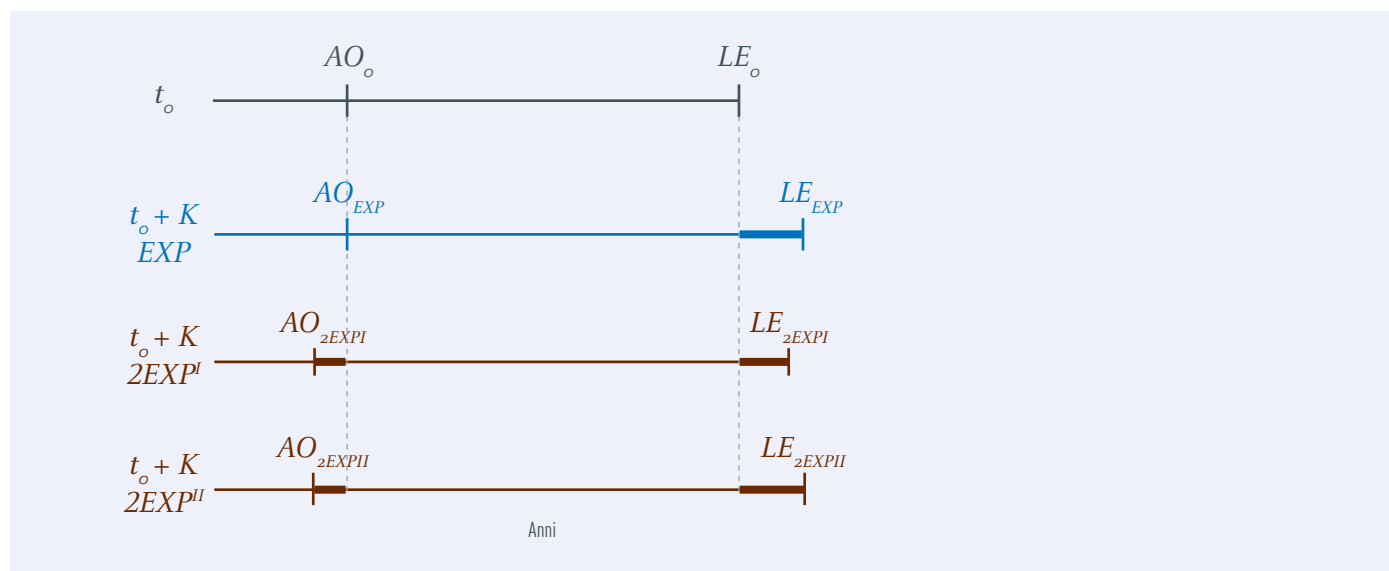
L'elemento di novità di questi grafici, rispetto all'interpretazione *standard* del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, è che negli ultimi 15 anni abbiamo assistito a un fenomeno di cambiamento epidemiologico in cui si nota sempre di più un'anticipazione dell'insorgenza delle patologie croniche tra le generazioni più giovani. Un fenomeno che dovrebbe portarci a riconsiderare l'idea che le nuove generazioni sono più sane rispetto a quelle più anziane e a immaginare una nuova teoria di evoluzione dello stato di salute della popolazione che definiremo "Double Expansion of Morbidity" (DEM), intesa come aumento della morbilità non solo nella direzione della popolazione più longeva, ma anche di quella più giovane. Graficamente tale ipotesi può essere rappresentata come in Figura 3. La prima linea fa riferimento a una

5. In modo particolare è aumentato il numero di morti nella classe di età 80+, che non è riportata nel grafico poiché lo appiattirebbe di molto, non rendendo così facilmente leggibile il fenomeno. Per la classe di età 80+, il numero di morti è passato da poco meno di 2 milioni nel 1990 a circa 2,8 milioni nel 2015, con un aumento di circa il 30%, che è il più alto in assoluto tra tutte le classi di età in quel periodo.

situazione in cui al tempo k l'aspettativa di vita (LE) della popolazione assume il valore LE_o e il momento in cui in media la popolazione si ammala è rappresentata dal punto AO_o (*Average Onset*). La distanza tra LE e AO rappresenta il numero di anni trascorsi con almeno una patologia. Al tempo $t+k$ è possibile osservare diversi scenari. Nel primo, rappresentato dalla linea blu, si assume che l'aspettativa di vita si allunghi fino al punto LE_{EXP} , mentre l'*average onset* non si posti ($AO_{exp}=AO_o$). Lo spostamento in avanti della LE significa che il tempo trascorso con almeno una patologia si allunga, dando così luogo all'ipotesi di "*Expansion of Morbidity*". Il secondo scenario, rappresentato dalla prima linea rossa, ipotizza un peggioramento delle condizioni di salute della popolazione più giovane, che conseguentemente porta da un lato a un'ulteriore anticipazione dell'*average onset* ($AO_{exp}' < AO_{exp}$) e dall'altro a una minore crescita dell'aspettativa di vita ($LE_{exp}' < LE_{exp}$) rispetto allo scenario precedente. In questo caso è quindi possibile osservare il fenomeno della "*Double Expansion of Morbidity*" (DEM), con un aumento del numero di anni trascorsi con almeno una patologia. Infine, nell'ultimo scenario, la seconda linea rossa, si ipotizza che grazie al progresso tecnologico, a parità di peggioramento dello stato di salute della popolazione più giovane ($AO_{exp}'' = AO_{exp}' > AO_{exp}$), l'aspettativa di vita cresce come nel primo scenario ($LE_{exp}'' = LE_{exp} > LE_{exp}'$), aumentando ancora di più il numero di anni trascorsi con almeno una patologia.

Nelle pagine che seguono l'analisi empirica cercherà di fornire una serie di evidenze per capire cosa esattamente sia accaduto negli ultimi 25 anni in Italia e cosa ci si aspetta di vedere in futuro, condizionatamente a ciò che è avvenuto in questi ultimi 25 anni.

Figura 3. La "*Double Expansion of Morbidity*" ipotesi: una rappresentazione grafica



3. Le determinanti dell'evoluzione dello stato di salute

Esiste inoltre un'ampia letteratura – economica, medica ed epidemiologica - che guarda a come *shock* di varia natura possono avere effetti eterogenei sullo stato di salute dei singoli individui che si trovano in diverse fasi della vita. L'intensità di tali *shock* e la composizione della popolazione (per età, sesso e condizione socio-economica) saranno poi le componenti principali che nel tempo daranno luogo all'effetto aggregato in termini di epidemiologia (prevalenze) e utilizzo delle risorse sanitarie. Negli ultimi anni questa letteratura ha cominciato ad analizzare in modo approfondito questi fenomeni, provando anche a capire quali siano i meccanismi che hanno portato a questi risultati. Ovviamente, le cause sono diverse, ma alcune sono preponderanti rispetto alle altre.

La prima e più importante causa è da ricercare nell'aumento del peso corporeo delle popolazioni. L'avanzamento delle tecnologie, gli investimenti in misure preventive, la migliore istruzione, i più alti redditi e i decrescenti tassi di fumo sembrano siano stati quasi del tutto controbilanciati dagli incrementi del peso corporeo. Negli USA (King et al. 2010) e in UK (Allman-Farinelli et al. 2008), la generazione delle persone nata subito dopo la guerra (*i baby boomers*), vanta maggiori tassi di obesità rispetto ai loro coetanei della generazione precedente, con associati maggiori prevalenze delle disabilità e condizioni croniche, come diabete e ipertensione. In Canada (Badley et al., 2015), a parità di età, i *baby boomers* sembrano avere uno stato di salute migliore rispetto a quello dei nati tra il 1965 e il 1980 (*Generazione X*). Un'evidenza simile è descritta da Pilkington et al. (2014) in Australia, dove lo stato di salute *self-reported* tra le due generazioni successive è peggiorato, con i più alti tassi di obesità e diabete, nonostante il maggior grado d'istruzione terziaria e la minore prevalenza del fumo nella generazione più giovane. Inoltre, Lee et al. (2010) mostrano come negli USA, tra il 1976 e il 2006, l'obesità compare nei soggetti sempre più giovani, e che tale anticipazione è responsabile della prematura insorgenza di malattie come diabete e artrite.

I differenziali in termini di peso corporeo creano quindi delle disparità tra i pazienti in termini di stato di salute. Tali disparità sembrano aumentare nel corso del ciclo di vita fino a un'età di 50-60 anni, per poi restringersi. Basandosi su dati raccolti da Medici di medicina generale, Atella et al. (2015) dimostrano come la relazione tra la spesa sanitaria e l'indice di massa corporea (BMI) sia eterogenea attraverso le classi di età degli individui, con i differenziali di spesa rispetto alle persone normo-peso più marcati negli individui tra i 45 ed i 65 anni. Inoltre, analizzando i canali attraverso i quali il peso corporeo può influenzare la spesa sanitaria, gli autori evidenziano come tale differenza sia prevalentemente imputabile a patologie come diabete, ipertensione e malattie cardiovascolari. Ciò comporta che per alcune fasce della popolazione l'insorgere di alcune patologie può essere notevolmente anticipato e, con esse, viene anticipato anche il ricorso ai servizi sanitari. Questo fenomeno è molto simile tra i paesi indipendentemente dal sistema di sicurezza sociale vigente, che può avere livelli relativamente bassi di protezione sociale in caso di

perdita di lavoro e/o di cattivo stato di salute, come gli Stati Uniti, o molto elevati, come l'Olanda o i paesi scandinavi.

Inoltre, secondo Cain (2010), prendendo in considerazione le vulnerabilità legate a periodi specifici nella vita, lo stato di salute è fortemente influenzabile dai fattori nutrizionali e ambientali. Da un lato, in termini di rischi legati all'alimentazione, una dieta povera, risultante sia dalla scarsità, sia dalla bassa qualità degli alimenti nei periodi iniziali della vita, aumenta i rischi di un cattivo stato di salute nella vita adulta (Lucas, 1998). Se con il passare del tempo la scarsità del cibo ha smesso di rappresentare una minaccia per i più giovani, la qualità dello stesso e lo stile nutrizionale hanno subito un notevole peggioramento. Cibi processati, abitudini a saltare i pasti, bevande gassate e zuccherate - con un sempre minore prezzo per kilocaloria consumata - comportano notevoli rischi in termini di prevalenza delle malattie metaboliche, cardiovascolari e tumorali, che a loro volta rappresentano le più importanti cause della mortalità nei paesi sviluppati (Cutler et al., 2003, Drewnowski, 2003). Anche lo stress, al quale le nuove generazioni sono sottoposte sin dagli anni più giovani, può essere legato all'aumento nei tassi di obesità. Come sottolineato da Keith et al. (2006), le generazioni nate dopo la guerra sono state sottoposte a livelli di stress sempre più elevati, dovuti a repentini cambiamenti socio-economici, mancanza di sonno e altri fattori interferenti con lo sistema endocrinologico, che potrebbe aver reso più facile lo sviluppo delle malattie metaboliche e, quindi, anche cardiovascolari.

In termini di fattori ambientali, l'aumento dell'inquinamento è fortemente legato all'incremento dei problemi respiratori e allergici, specialmente nei bambini (SOER, 2015). Inoltre, l'esposizione alla degradazione dell'ambiente - come inquinamento dell'aria, rumorosità, principi chimici, acque inquinate, riduzione degli spazi verdi, fumo e pesticidi - nei periodi iniziali di vita aumenta la possibilità di sviluppare problemi come obesità, diabete, malattie cardiovascolari, malattie del sistema nervoso e svariati tipi di cancro, che si manifestano in un'anticipazione delle patologie a livello aggregato (Balbus et al., 2013).

Altra variabile importante per lo stato di salute sono le condizioni generali dell'economia. In virtù della correlazione positiva tra lo stato di salute e lo stato dell'economia (Propper, 2005), il recente peggioramento delle condizioni economiche, riducendo l'offerta lavorativa e incrementando la precarietà delle assunzioni, sembrerebbe aver lasciato un forte segno in termini di stato di salute. La crescente insicurezza economica e le tensioni finanziarie hanno particolarmente colpito le famiglie a basso reddito e con bassi livelli d'istruzione. Dall'inizio della crisi nel 2007, molti lavoratori hanno perso il lavoro e molte famiglie hanno registrato una stagnazione o declino dei livelli di reddito e della ricchezza. A Dicembre 2013, si registravano oltre 46 milioni di disoccupati nell'area OCSE, 11,5 milioni in più rispetto a Luglio 2008. Il numero di persone disoccupate da più di un anno aveva raggiunto 16,5 milioni.

La crisi economica ha posto anche una serie di difficoltà al settore della sanità. Molti paesi dell'OCSE

hanno introdotto tagli ai finanziamenti della sanità pubblica o intensificato compartecipazioni dei cittadini alla spesa. Con l'obiettivo di rendere più efficiente la spesa sanitaria, si è quindi andato a incidere sulla fornitura dei servizi sanitari pubblici, che per principio dovrebbero garantire la copertura dei costi della prevenzione e dei beni e servizi medici a seguito di malattie ed eventi clinici. Per affrontare tali sfide, nel 2009 il Comitato Regionale del WHO per l'Europa decise di adottare una risoluzione (EUR/RC59/R3) con la quale si sollecitavano tutti gli Stati membri a realizzare una serie di azioni che permettessero ai sistemi sanitari di continuare a tutelare e promuovere l'accesso universale ed equo a servizi sanitari efficaci in un periodo di crisi economica.

Questi cambiamenti hanno lasciato un forte segno in termini di salute psico-fisica delle persone. In Grecia, il paese particolarmente colpito dalla recente crisi economica, Economou et al. (2011) e Madianos et al. (2011) evidenziano un marcato aumento dei problemi mentali, mentre Stuckler et al., (2011b) trova un legame tra la crisi economica e i suicidi. La salute mentale è l'area più sensibile ai cambiamenti economici, con l'Unione europea che ha visto l'inversione del lungo trend del declino dei suicidi, con incrementi concentrati tra gli uomini in età lavorativa. Nei nuovi Stati membri dell'UE i suicidi hanno raggiunto il picco nel 2009 e sono rimasti a livelli elevati nel 2010. In altri Stati membri nel 2010 sono stati osservati ulteriori aumenti. In Inghilterra è stata confermata la stretta relazione tra perdita del lavoro e livello di suicidi, mentre altre ricerche hanno trovato un'associazione tra il numero dei suicidi e il livello di disoccupazione o la paura di rimanere disoccupati.

Anche lo stato generale di salute auto-dichiarato è deteriorato dall'inizio della crisi e c'è stato un aumento rilevante del numero di persone che hanno ritenuto di aver bisogno di assistenza sanitaria, ma non hanno potuto accedervi (Kentikelenis et al, 2011). In alcuni Paesi il numero di nuovi casi di HIV tra i tossicodipendenti è aumentato drammaticamente, forse causato dalla riduzione delle prestazioni di servizi sanitari (EMCDDA e ECDC, 2011). In Italia, l'ISTAT (2013) aveva evidenziato che a seguito della crisi c'è stato un deterioramento degli indicatori di salute tra le categorie più a rischio (in particolare gli anziani e le famiglie con basso reddito e istruzione). Effetti negativi sono stati rilevati anche da Costa et al. (2012), che nel breve termine trovano "indizi preliminari di un aumento di occorrenza di indicatori sfavorevoli di salute mentale (suicidi, depressione, forme di dipendenza) che potrebbero essere spiegati in particolare dall'aumento dell'insicurezza del posto di lavoro".

Ad esempio, Case e Deaton (2005) hanno chiaramente dimostrato che lo stato di salute peggiora più rapidamente durante gli anni di lavoro per coloro i quali si trovano in fondo alla distribuzione del reddito rispetto a quelli posizionati nella parte alta. Sempre Case e Deaton (2005) hanno mostrato come negli Stati Uniti, un individuo medio di 20 anni con reddito basso (quartile più basso della distribuzione del reddito familiare) di sesso maschile, riporta in media uno stato di salute simile a quello di un individuo maschio di 60 anni con un alto reddito (quartile superiore). A Glasgow, nel Regno Unito, l'aspettativa di vita di uomini nelle zone più svantaggiate è di 54 anni, contro gli 82 anni dei più abbienti (Hanlon et al. 2006).

Nel recente studio di JAMA, Chetty et al. (2016) evidenziano la diseguaglianza nella salute in funzione del reddito e ceto sociale negli USA: il gap nell'aspettativa di vita tra l'1% più ricco e l'1% più povero ammonta a 14.6 anni. Inoltre, tale diseguaglianza è cresciuta tra il 2001 e il 2014: le persone nel top 5% della distribuzione del reddito hanno visto un aumento dell'aspettativa di vita di circa 2.5 anno, mentre per il 5% più povero tale differenza è stata pressoché nulla. Risultati simili sono stati ottenuti utilizzando anche altre misure di stato socio-economico, come l'istruzione e la ricchezza, e altri indicatori di salute come, ad esempio, l'insorgenza di malattie croniche, la disabilità e la mortalità (Adler et al, 1994.; Marmot, 1999; Smith, 1999).

In un precedente Rapporto (Fondazione Farmafactoring, 2014), focalizzato sul ruolo che la crisi economica poteva aver avuto sulle condizioni di salute degli italiani, la principale conclusione alla quale si era giunti era che, nonostante tutto, la salute degli italiani nei primi cinque anni di crisi avesse “tenuto”, pur in presenza di condizioni economiche (livello di reddito e diseguaglianza nei redditi) peggiorate in modo sensibile per una grossa fetta della popolazione. In media, però, sul fronte dello stato di salute generale e delle patologie croniche, tutte le fonti e tutti gli indicatori utilizzati avevano mostrato che nel complesso la salute degli italiani non era stata colpita dalla crisi. Ciò che mancava in quel rapporto era un'analisi a livello generazionale degli effetti negativi dell'economia sullo stato di salute. Sulla base delle evidenze fin qui riportate, nelle pagine che seguono si cercherà di capire meglio se e in che modo negli ultimi anni la popolazione italiana ha sperimentato variazioni nello stato di salute in risposta ai cambiamenti economici e sociali e se tali variazioni sono state eterogenee tra le diverse generazioni.

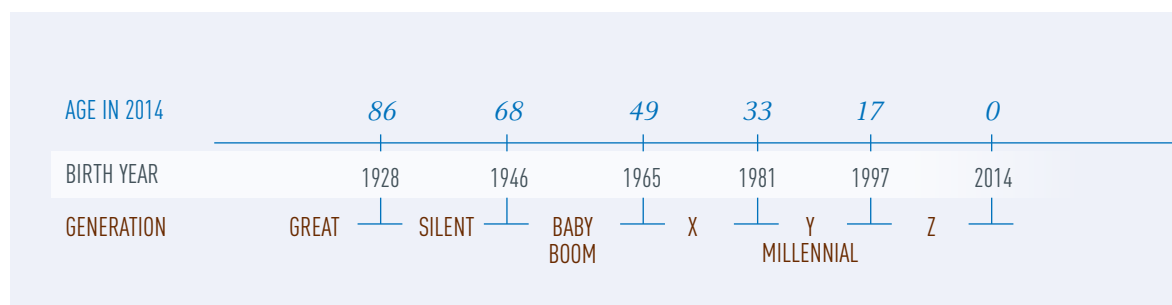
4. Definizione e importanza delle generazioni

È possibile definire una generazione come un gruppo di persone nate nello stesso periodo e cresciute intorno allo stesso posto. Per questi motivi, le persone appartenenti a una "coorte di nascita" presentano, verosimilmente, caratteristiche, preferenze e valori analoghi nel corso della loro vita. Sebbene sia importante ricordare che a livello individuale ognuno è diverso, le analisi condotte a livello di generazioni possiedono un insieme di potenti "indizi" che mostrano dove comincia il collegamento con altre generazioni e come possono influenzare le persone di età diverse. Inoltre, guardando le persone attraverso una lente generazionale offre la possibilità di osservare fenomeni che altrimenti non si possono individuare e capire, e che sono comunque responsabili di molte delle scelte individuali.

Infatti, le generazioni presentano caratteristiche simili, quali la comunicazione, lo shopping, e la motivazione delle preferenze, perché chi vi appartiene ha vissuto *trend* ed esperienze simili approssimativamente nella stessa fase di vita e attraverso canali simili (ad esempio, on-line, TV, cellulari, etc.). I cosiddetti *Generation-shaping trends* sono andamenti che caratterizzano in modo univoco le persone di una stessa generazione man mano che queste invecchiano, il che significa che i membri di una particolare generazione svilupperanno e conddivideranno gli stessi valori, credenze e aspettative.

La divisione delle coorti nelle generazioni segue un insieme di fattori legati agli eventi storici, demografici, attitudinali o culturali, che caratterizzano un determinato gruppo di nascite (Pew Research Center, September, 2015). Nella Figura 4 è riportato in modo schematico la classificazione delle generazioni secondo il PEW Research Institute.

Figura 4. Definizione delle generazioni



Fonte: PEW Research, 2015

Come si può vedere, la generazione vivente più anziana è rappresentata dalla *Greatest generation*, formata dai nati prima del 1928, ovvero individui che nel 2014 avevano più di 86 anni, hanno combattuto le guerre mondiali e i tempi in cui sono cresciuti hanno spesso richiesto un forte senso di dovere e responsabilità civica.

A seguire c'è la *Silent generation*, composta da persone nate tra il 1928 e il 1945 (con un'età tra i 68 e gli 86 anni nel 2014). Il termine "*silent*" che caratterizza questa generazione deriva principalmente dall'aver dovuto sopportare nei primissimi anni di vita le conseguenze della guerra e della grande depressione, senza che tutto ciò fosse a loro attribuibile.

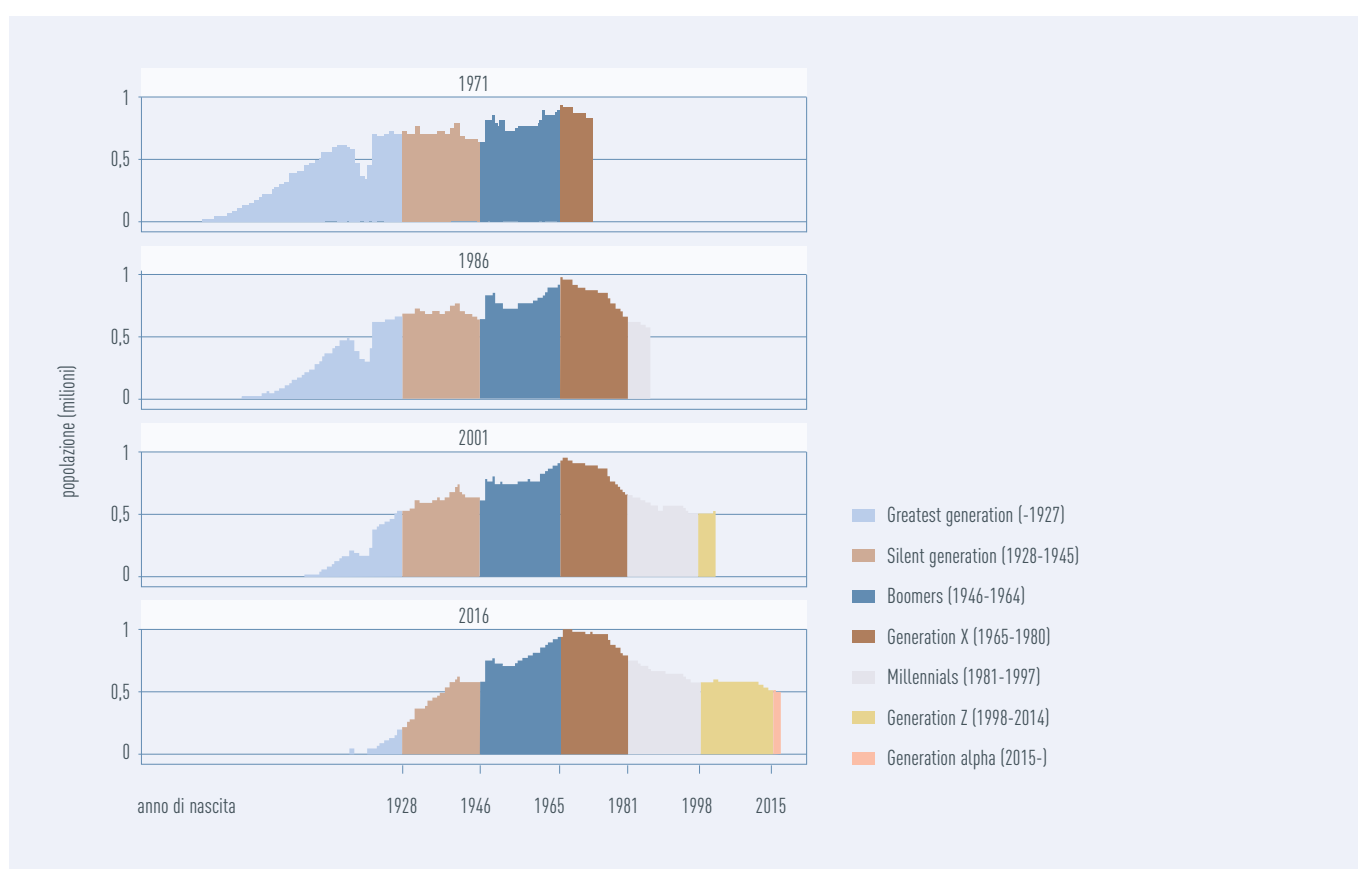
I *Baby boomers* sono la generazione di persone nate durante il secondo dopoguerra (cosiddetto periodo del "*Baby Boom*"), in un arco temporale che va dal 1946 al 1964 (con un'età tra i 49 e i 67 anni nel 2014). Negli anni successivi la Seconda Guerra Mondiale molte nazioni occidentali hanno subito un picco di nascite man mano che si superavano le difficoltà economiche vissute in tempo di guerra. L'ultima coorte dei *Baby boomers*, 1964, invece coincide con una forte diminuzione di fertilità, anche a seguito dell'introduzione della pillola contraccettiva. Questa nuova generazione di *Baby boomer* ha sperimentato un livello senza precedenti di crescita economica e di prosperità durante tutto il suo ciclo di vita. Sono entrati nel mondo in un momento di relativa difficoltà, ma grazie all'istruzione di massa, a forti sussidi governativi, all'aumento dei prezzi degli immobili e ai miglioramenti tecnologici sono risultati essere una generazione benestante e di successo. Molti figli del *baby boom* stanno ora andando in pensione, con molti più lussi e comodità di quanto non sia accaduto alle generazioni prima di loro.

La generazione delle coorti nate dopo i *Baby boomers* è descritta come Generazione X, con le nascite registrate tra il 1965 e il 1980 (con un'età tra i 33 e i 48 anni nel 2014). In confronto con la generazione dei *Baby boomers*, il tasso di nascite nella *Generazione X* è stato sensibilmente più basso. La Generazione X è stata plasmata da eventi politici globali che si sono verificati durante la fase di giovinezza di questa generazione. Eventi come la guerra del Vietnam, la caduta del muro di Berlino, la fine della guerra fredda, e il governo Thatcher-era nel Regno Unito sono stati eventi che hanno contribuito a plasmare la cultura e l'educazione della Generazione X. Rispetto alle generazioni precedenti, la Generazione X è più aperta alla diversità e ha imparato che esistono differenze in ambiti quali religione, orientamento sessuale, classe, razza ed etnia. Inoltre, è una generazione più istruita rispetto a quella precedente.

La generazione seguente è quella dei *Millennials*, i nati tra il 1981 e il 1997 (con un'età tra i 17 e i 32 anni nel 2014), con le prime nascite che sono entrate nella vita adulta nel nuovo millennio. I *Millennials* sono anche descritti con il termine Generazione Y. Principalmente, i *Millennials* sono rappresentati dai figli dei *Baby boomers*.

Infine, i successori dei *Millennials* sono definiti come la Generazione Z (nati dal 1998 al 2014) e sono rappresentati da bambini e adolescenti, in molti casi nipoti dei *Baby boomers*.

Figura 5. La piramide dell'età in Italia negli anni (1971-1986-2001-2016)

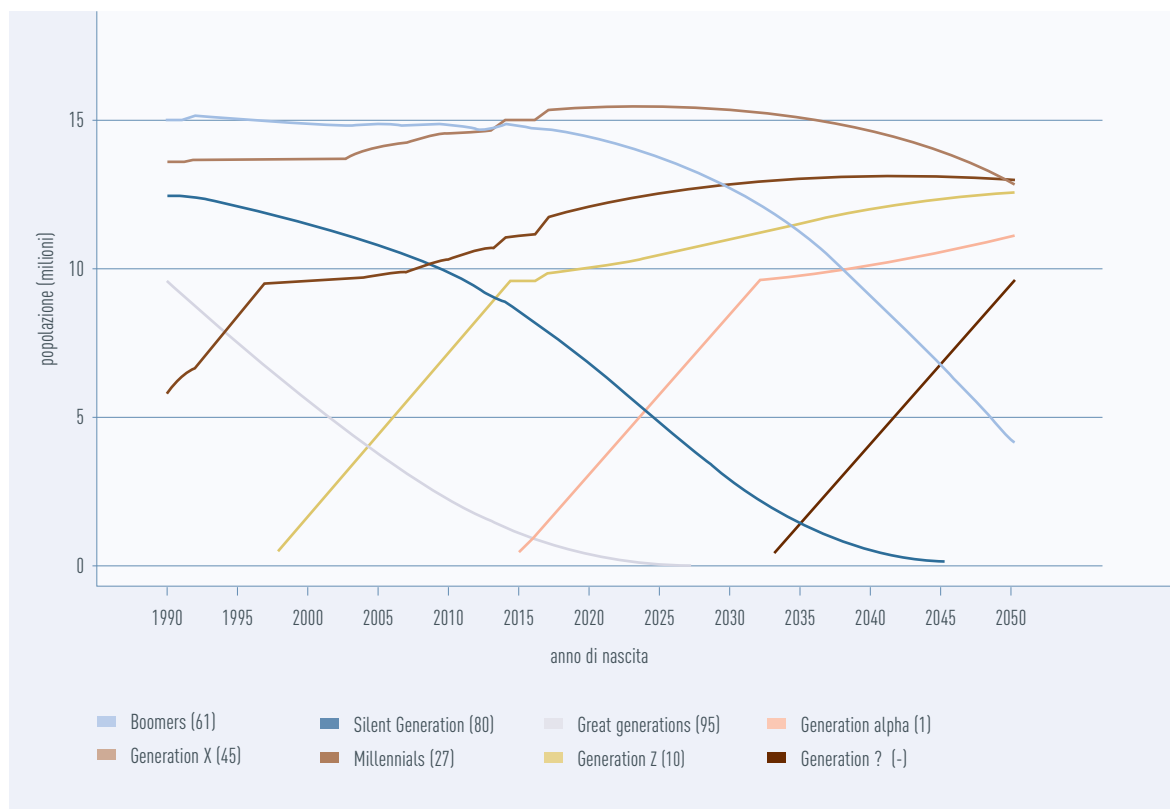


Fonte: Nostre elaborazioni su dati di popolazione ISTAT Demo, vari anni.

Figura 5 descrive la composizione generazionale delle coorti in Italia fotografata dal 1971 al 2016 a distanza di 15 anni. Come si può notare, la forma della piramide demografica (non distinta per sesso) nel 1971 segue una struttura che indica una popolazione in relativa espansione, con un'elevata percentuale dei giovani, indicata dai *Baby boomers* e dalla Generazione X. Già nell'anno 1986 si osserva una contrazione, con la forma della piramide che evolve verso una struttura a trapezio, indicativa di una minore frazione dei giovani rispetto alla popolazione in età media. Tale *trend* è poi esacerbato nella fotografia del 2001 e del 2015, dove la forma del trapezio risulta sempre più evidente a causa dell'invecchiamento delle generazioni del *baby boom* e X. Parallelamente si nota una decrescente frazione dei più giovani e un incremento della densità della popolazione più anziana.

Lo sviluppo demografico in Italia, come in tanti paesi industrializzati, è stato caratterizzato dal forte aumento delle nascite dopo la II guerra mondiale. In Italia fino al 2013 i figli del *baby boom* costituivano la generazione più numerosa nel panorama demografico (vedi figura 5). Solo nel 2013, quando i primi *Baby boomers* hanno raggiunto l'età di 67 anni, la Generazione X è diventata la più numerosa, raggiungendo la quota di 15 milioni di individui. Questo è successo anche grazie al fenomeno delle immigrazioni, particolarmente di rilievo dal 2004 in poi, quando a causa dell'ingresso nell'Unione Europea di alcuni paesi dell'Est, si è avuto un importante incremento di individui appartenenti alla suddetta generazione. Dal 2009 la generazione dei *Millennials* è la terza in ordine di numerosità, con circa 11 milioni di individui nel 2011. Anche nel caso dei *Millennials*, l'immigrazione gioca un ruolo particolarmente importante nel determinarne la numerosità.

Figura 6. Dimensione delle generazioni in Italia ed età media nel 2016 - 1990-2050



Fonte: Nostre elaborazioni su dati ISTAT Demo, vari anni.

A causa dell'eterogeneità delle condizioni storiche, culturali e demografiche in cui queste generazioni hanno vissuto, si sono determinate delle fondamentali differenze tra esse, che si sono poi riversate su differenti comportamenti di tipo ideologico e politico. Inoltre, le generazioni differiscono tra loro nella loro visione e approccio alle scelte di vita, come il matrimonio o il lavoro, date diverse circostanze economiche, sociologiche e culturali. La scelta di sposarsi e di fare figli è sempre più rara e tarda tra le generazioni più recenti. Lo stesso vale per l'indipendenza economica e finanziaria, con sempre meno stabilità lavorativa e più alta probabilità di rimanere fuori dal mercato di lavoro per periodi prolungati.

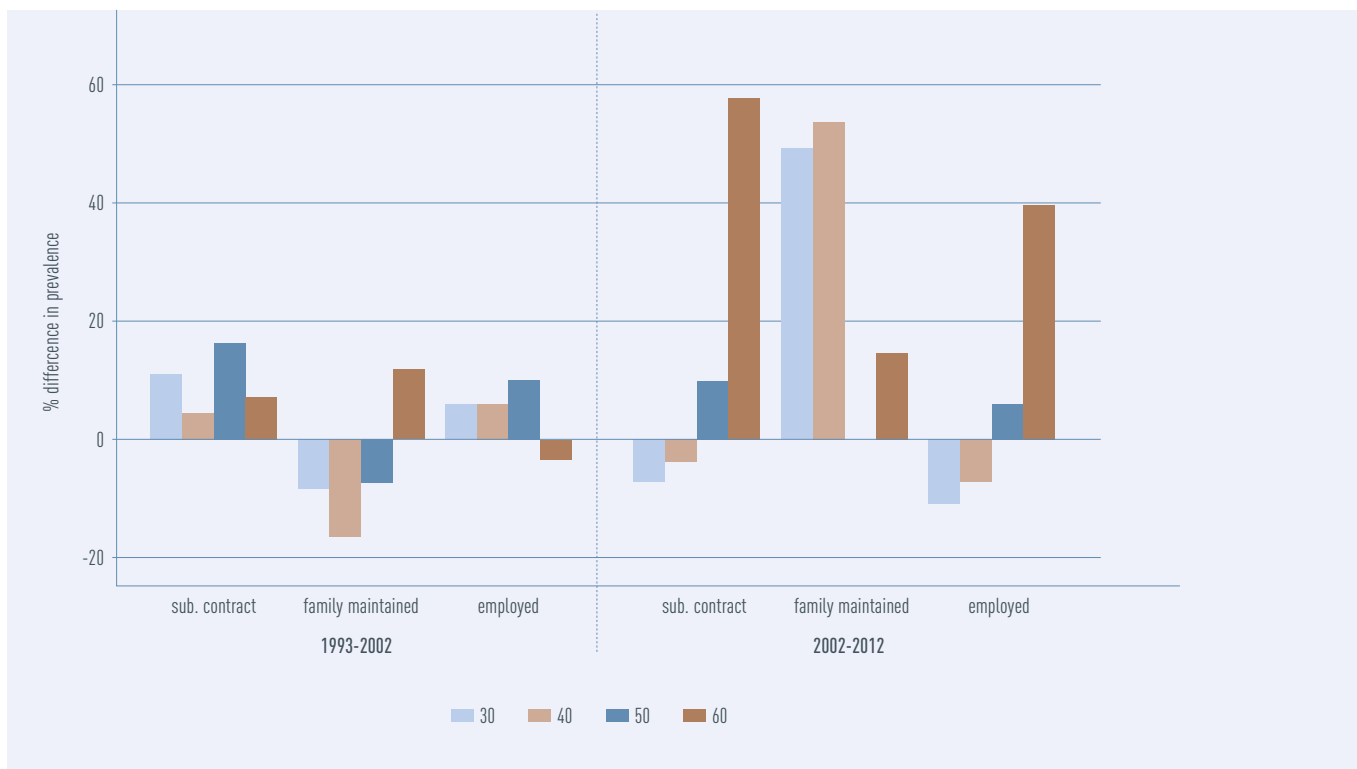
Sicuramente le popolazioni della Generazione X e dei *Millennials* sono le più globalizzate, un fattore che comporta svariate conseguenze. La dieta e gli stili di vita sono sempre meno salutari, con processi industrializzati della produzione del cibo e sedentarietà. Anche la multietnicità è sempre più esacerbata e continuerà a esserlo nel futuro.

5. Evoluzione delle condizioni economiche tra le generazioni

L'intervallo di tempo tra il 1990 ed il 2016 rappresenta un periodo caratterizzato da una importante serie di eventi che hanno avuto ripercussioni notevoli sulle economie di tutti i paesi e, in particolare, su quelle dell'Europa. Nel giro di appena 25 anni si sono susseguiti eventi di una tale vastità e complessità come mai accaduto prima nella storia economica. Basta infatti ricordare che agli inizi degli anni 90 in Europa ci sono state una serie di crisi valutarie che hanno portato alla chiusura del sistema di cambi fissi tra i paesi dell'EU, i sistemi di welfare sono andati in crisi anche a seguito della firma degli accordi di Maastricht, vengono buttate le basi per l'introduzione dell'Euro, le tecnologie digitali portano una rivoluzione totale nel funzionamento dei processi produttivi e dei mercati, si diffonde la bolla delle dot.com, si fa sempre più spazio la globalizzazione e la Cina cambia il contesto del commercio internazionale. All'inizio del nuovo millennio entra l'Euro, il panorama geo-politico viene scosso dall'attacco alle torri gemelle, si apre la bolla immobiliare che porta alla crisi finanziaria del 2007, cui segue in Europa il periodo dell'*austerità*. Questa lista (non esauriente) degli eventi susseguitisi in questi 25 anni è forse la migliore testimonianza dello stress cui sono state sottoposte le nostre economie e chi in esse vi lavorava. A guardarsi indietro, il mondo del 1990 è forse più lontano da oggi di quanto il 1990 non lo fosse dall'inizio del 900.

I *Millennials* rappresentano la generazione che ha sperimentato le condizioni economiche più dure in quel periodo del ciclo della vita che intorno ai 20-30 anni solitamente coincide con la conquista dell'indipendenza economica; questo periodo per i *Millennials* è coinciso con la più pesante crisi economica dalla seconda guerra mondiale. Infatti, dal punto di vista economico, i giovani di oggi affrontano condizioni di vita nettamente peggiori rispetto alle generazioni precedenti. La disoccupazione e l'incertezza generale del mercato di lavoro impattano negativamente su ogni scelta personale e finanziaria dei trentenni di oggi, con importanti effetti collaterali anche per la loro salute.

Figura 7a. Variazioni nelle condizioni economiche per coorti e generazioni tra il 1993 e il 2012



Fonte: Nostre elaborazioni su dati ISTAT - Indagine Aspetti della Vita Quotidiana (1993-2012)

Figura 7b. Variazioni nelle condizioni economiche per coorti e generazioni tra il 1993 e il 2012



Fonte: Nostre elaborazioni su dati ISTAT - Indagine Aspetti della Vita Quotidiana (1993-2012)

L'ingresso nel mercato del lavoro dei *Millennials* è stato fortemente segnato dalla recente crisi economica: stipendi più bassi, contratti di lavoro più precari e maggiore incertezza in generale, colpiscono in particolare i giovani dai ceti socio-economici più bassi, aumentando le disuguaglianze economiche. Il termine NEET (*Not in Employment, Education or Training*) comincia a essere più frequentemente applicabile per descrivere tanti giovani nella situazione di totale inattività a livello occupazionale. Tale situazione d'instabilità accompagnata dalla scarsità della protezione sociale pone seri problemi sull'evoluzione degli *outcome* futuri dei giovani, ostacolando sia le loro scelte di consumo e risparmio, sia le scelte personali come quelle familiari e procreative.

Le figure 7a e 7b mostrano chiaramente come in Italia alcuni importanti indicatori di condizione economica siano cambiati tra il 1993 ed il 2012 e come questo cambiamento sia stato eterogeneo tra sotto-periodi e generazioni. In particolare, si nota che dal 2002 le condizioni economiche cominciano a deteriorarsi e che l'eterogeneità degli effetti aumenta tra le generazioni. Ad esempio, nel periodo 2002-2012 l'occupazione tra i trentenni e i quarantenni presenta un *trend* decrescente e un andamento crescente per i 50 e 60enni. Nel periodo dal 1993 al 2002 la variazione era stata positiva, e pressoché uguale, per tutte le generazioni. Nello stesso periodo, tra i trentenni e i quarantenni, si nota uno stallo nella prevalenza di chi ha un contratto di lavoro dipendente, con un'inversione di tale *trend* per i cinquantenni e i sessantenni. Un andamento coerente si riflette nella prevalenza delle coorti dei 30, 40 e 60enni mantenuti dalle loro famiglie: il loro numero sale drasticamente durante il periodo dell'analisi, che include l'inizio della crisi finanziaria.

In termini di soddisfazione economica, tutte le coorti hanno seguito un simile trend temporale, dove il grado di soddisfazione scende bruscamente tra il 2002 e il 2012, con le riduzioni più marcate per le coorti più giovani (30 e 40enni). Oltre alla soddisfazione economica, possiamo notare come la soddisfazione del lavoro a parità di età sia diminuita solamente per i 30enni, con il maggior incremento dei soddisfatti tra i 60enni.

6. Lo stato di salute tra generazioni

Il progresso tecnologico registrato dalla seconda guerra mondiale ha causato un sostanziale ritardo o posticipazione della mortalità, in parte controbilanciata dall'aumento delle prevalenze di malattie croniche, che sempre più fanno parte della vita delle persone. Se inizialmente gli aumenti nell'aspettativa di vita derivavano dalla riduzione delle morti precoci in giovane età, nelle ultime decadi il contributo maggiore è venuto dalla più alta sopravvivenza delle persone over 65.

In termini di numerosità di popolazione, la generazione dei *Baby boomer* ha da poco ceduto il posto alla generazione dei *Millennials*, rappresentata da individui cresciuti in un ambiente forse meno salutare rispetto alle coorti precedenti. L'ambiente che ha circondato i *Millennials* dalla loro nascita è particolarmente inquinato, concentrato nelle aree urbane e industriali, con carenza di aree verdi. Secondo l'Agenzia Europea dell'Ambiente (EEA), nel periodo 1997-2008, dal 13 al 62% della popolazione urbana europea era potenzialmente esposta a concentrazioni di polveri fini nell'aria (PM10) al di sopra del valore limite imposto dall'UE per la tutela della salute umana (EEA, 2014).

Inoltre, sin dalla nascita le coorti nate dopo il 1980 sono state maggiormente esposte a agenti chimici e a cibo altamente processato, che combinato con i cambiamenti nello stile di vita, può condurre a sostanziali incrementi nei tassi di prevalenza di alcune malattie croniche, come diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari, obesità o vari tipi di cancro, che già adesso costituiscono le maggiori cause di mortalità nei paesi sviluppati. Secondo Blumenthal e Warren (2014), negli USA i trentenni di oggi sembrano avere uno stato di salute peggiore di quello dei loro coetanei nelle generazioni precedenti, e i trend sembrano peggiorare.

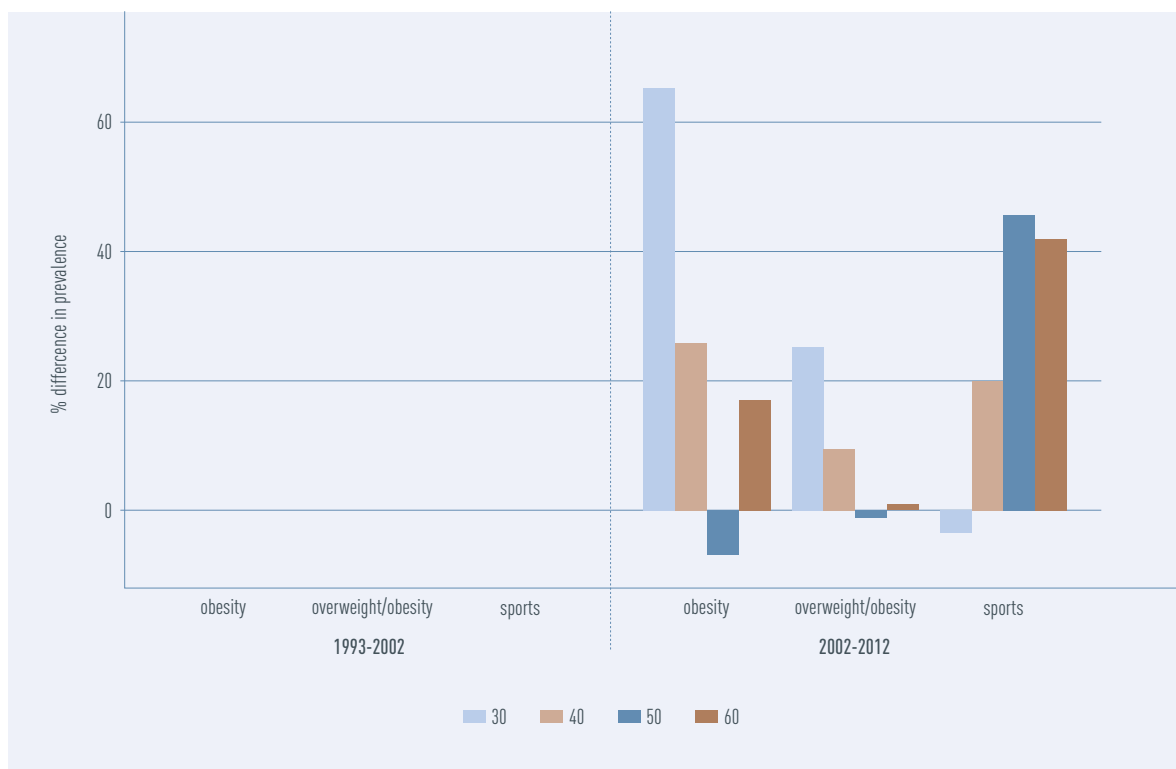
6.1 Le analisi basate su dati aggregati “self-reported”

Per capire meglio qual è la situazione attuale in Italia e le dinamiche che caratterizzano questa generazione, al pari di quanto già visto nella Figura 7, la Figura 8 riporta i risultati di una serie di analisi condotte su alcuni importanti indicatori di condizione di salute, che mostrano come questi siano cambiati tra il 1993 ed il 2014 e come questo cambiamento sia stato eterogeneo tra sotto-periodi e generazioni. L'elemento che spicca maggiormente, e che accomuna quasi tutti gli indicatori, è il visibile peggioramento dello stato di salute nel sotto-periodo 2002-14, osservato in modo più marcato per i 30 e i 40enni.

Infatti, nella Figura 8a sono queste le due coorti che mostrano un aumento più marcato dei tassi di obesità e sovrappeso, con una diminuzione dell'attività fisica proprio per le fasce più giovani. Nella Figura 8b si osserva una relazione simile nel caso di individui con malattie cardiovascolari, (l'ipertensione,

scompenso cardiaco e angina) e con diabete: anche in questo caso i trentenni e i quarantenni sono quelli registrano nel secondo sotto-periodo gli aumenti maggiori. Infine, dalla Figura 8c notiamo come per gli stessi individui si registri un incremento preoccupante delle problematiche asmatiche e dei tumori. Un andamento condiviso da tutte le età è invece quello delle allergie, con le variazioni più marcate nelle prevalenze per tutte le generazioni più anziane. Sicuramente un fattore importante che ha determinato questo stato di cose potrebbe essere rappresentato dai modelli nutrizionali proposti dai genitori della generazione *Baby-boomer* ai loro figli *Millennials*. Le conseguenze del cibo spazzatura sono ancora ignote, ma i crescenti tassi di obesità nei più giovani, suggeriscono che le conseguenze si sono materializzate.

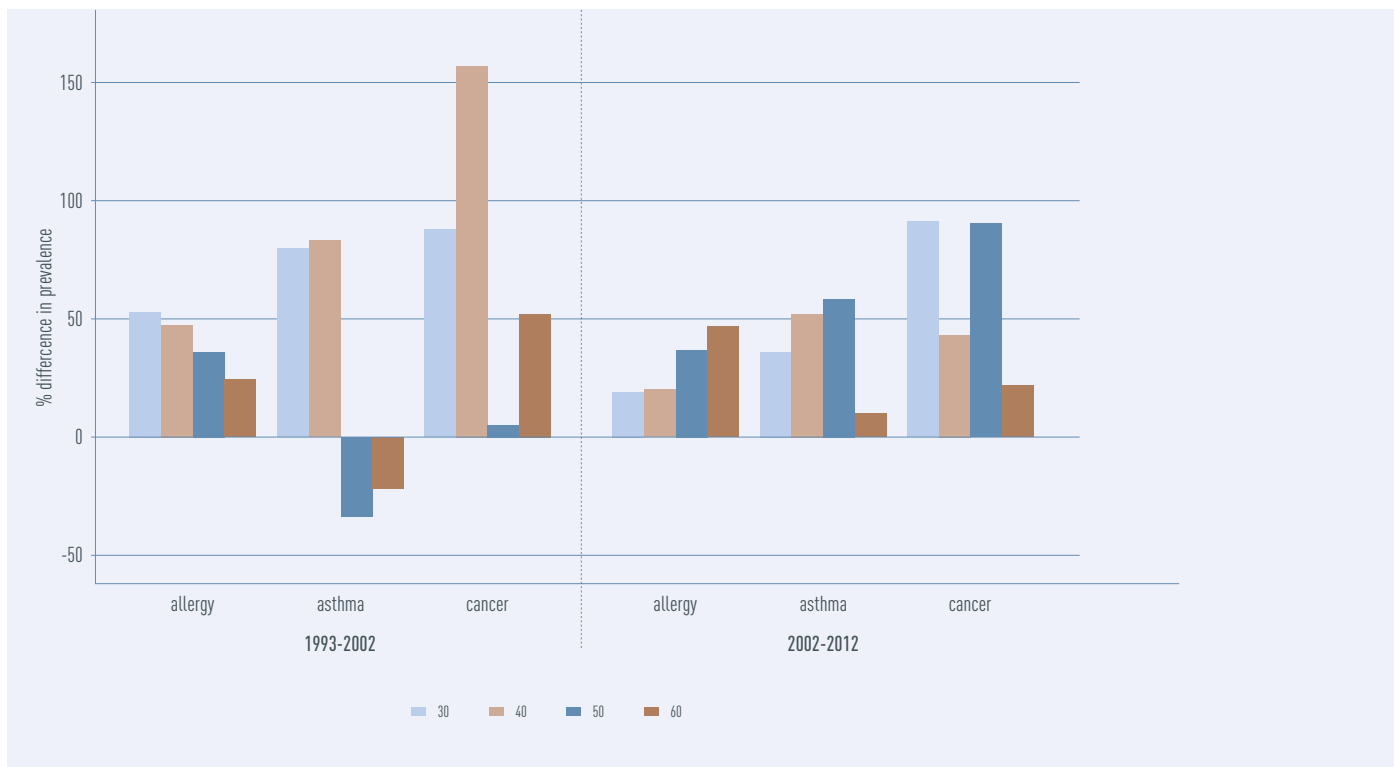
Figura 8a. Variazioni nelle condizioni di salute per coorti e generazioni tra il 1993 e il 2012 (*)



Fonte: Nostre elaborazioni su dati ISTAT - Indagine Aspetti Vita Quotidiana (1993-2012)

(*) Per motivo di mancanza dei dati relativi al peso corporeo e all'attività fisica per il primo sotto-periodo dell'analisi, la figura riporta i dati solamente per il periodo 2002-2012.

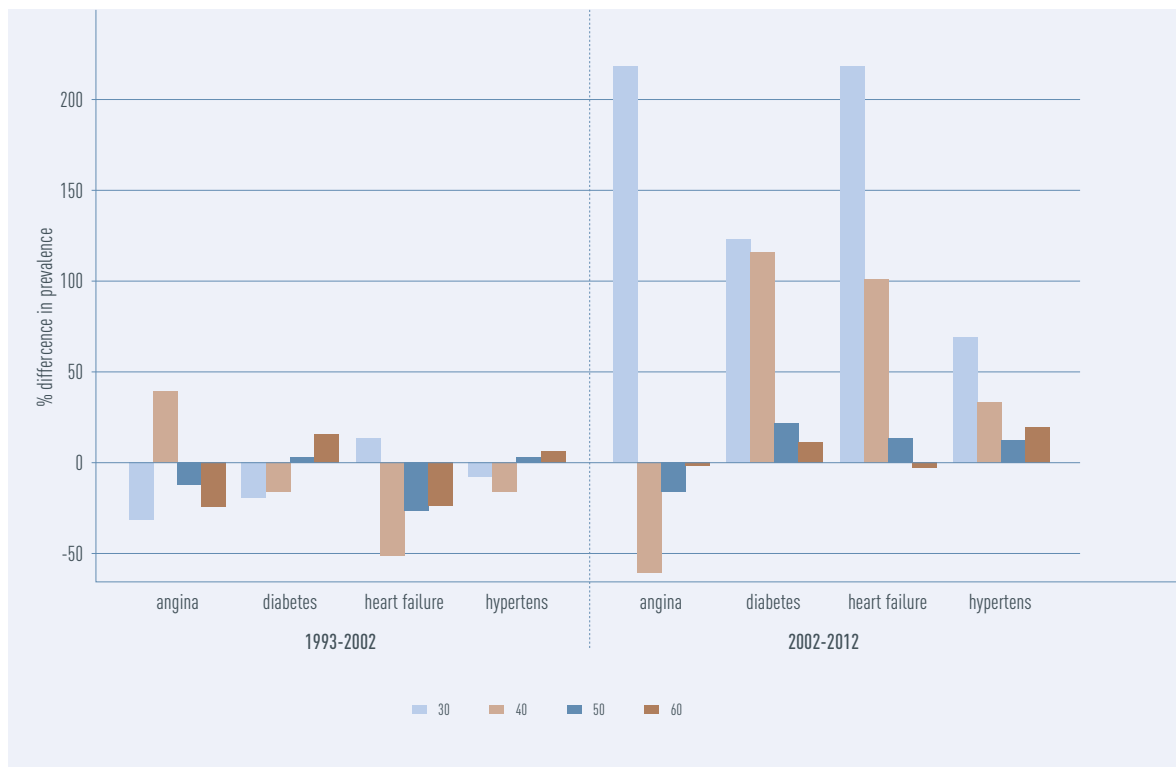
Figura 8b.



Fonte: Nostre elaborazioni su dati ISTAT - Indagine Aspetti Vita Quotidiana (1993-2012)

(*) Per motivo di mancanza dei dati relativi al peso corporeo e all'attività fisica per il primo sotto-periodo dell'analisi, la figura riporta i dati solamente per il periodo 2002-2012.

Figura 8c. Condizioni di salute attraverso coorti e generazioni tra il 1993 e il 2012



Fonte: Nostre elaborazioni su dati ISTAT - Indagine Aspetti Vita Quotidiana (1993-2012)

Questo tipo di evidenze non sono nuove nel panorama della letteratura epidemiologica internazionale. Secondo Blumenthal e Warren (2014) negli USA la percentuale di giovani adulti obesi tra i 18 e i 29 anni di età è più che triplicata negli ultimi quarant'anni, passando dall'8% del 1971-1974 al 24 per cento del 2005-2006. Contemporaneamente, questo gruppo di persone riporta un calo significativo dell'attività fisica a scuola rispetto alla generazione dei loro genitori. Negli USA l'epidemia di obesità sta rapidamente diventando una questione di sicurezza nazionale, con il 27% dei giovani adulti che non è in grado di soddisfare i requisiti fisici per l'arruolamento nell'esercito. La generazione dei *Millennials* è la prima a vedere l'aumento dei tassi di insorgenza precoce di malattie correlate all'obesità e potrebbe non essere così sana o vivere più a lungo dei loro genitori. Problemi simili si riscontrano anche dal punto di vista

della salute mentale. Tra il 1999 e il 2004, quasi il 9% dei giovani adulti tra i 20 e i 29 anni aveva riferito di aver sperimentato problemi di depressione, disturbi d'ansia generalizzata o crisi di panico. A ciò si aggiunge che oggi i giovani adulti hanno anche stili di vita che tendono far aumentare i fattori di rischio. Nonostante decenni di campagne di salute pubblica, l'alcool, il tabacco e l'uso di stupefacenti rimangono elevati in questa generazione.

6.2 Le analisi basate su dati “oggettivi” a livello di paziente

Le evidenze fino ad ora presentate si basano su indagini campionarie condotte dall'ISTAT e si basano su informazioni “auto-dichiarate” (*self-reported*) dagli individui. Il vero problema di questi dati è che spesso gli intervistati riportano informazioni non sempre corrette sul proprio stato di salute. Tali dati possono quindi essere soggetti a un'importante dose di errore di misurazione, soprattutto in virtù di cambiamenti generali di comportamento e di attenzione rispetto ad alcuni temi, come quelli che accompagnano i cambiamenti socio-economici. Per validare questi risultati, in questo paragrafo le precedenti analisi sono replicate utilizzando dati contenuti nel *database* HS-SiSSI. Tali dati hanno una natura “oggettiva”, essendo raccolti da medici di medicina generale durante gli incontri routinari (visite) che hanno con i loro pazienti. Il *database* SiSSI è ottenuto a partire da un progetto congiunto tra il CEIS Tor Vergata e la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG). Una migliore descrizione del *database* e delle sue caratteristiche è contenuta nel Box 1. Pertanto, nelle pagine che seguono le Figure 9a- 9c presentano i dati di prevalenza di alcune malattie croniche, a partire da dati oggettivamente raccolti dai medici di medicina generale.

Per il periodo tra il 2002 e il 2014, le Figure 9a-9c riportano le differenze percentuali nelle variazioni delle prevalenze di alcune patologie croniche per diverse coorti di pazienti (trentenni, quarantenni, cinquantenni e sessantenni), cercando così di evidenziare se esistono problematiche specifiche legate alle generazioni più giovani. Dall'analisi dei dati si vede chiaramente come su quasi tutte le patologie considerate, i trentenni e i quarantenni di oggi, rispetto ai coetanei degli anni 2002, hanno visto aumentare le prevalenze in modo maggiore rispetto a quello delle coorti dei 50 e 60enni. Come si può notare nella Figura 9a, l'indice di Charlson (che descrive il rischio complessivo in termini di salute derivante dalla presenza di co-morbidità), è aumentato in termini percentuali di più per i trentenni rispetto alle altre coorti/generazioni, mostrando quindi che un trentenne nel 2002 aveva un indice di Charlson più basso di quello del 2014 e, quindi, in termini relativi, il suo livello di salute è stato compromesso più che per le coorti/generazioni più anziane. Risultato simile lo si registra anche guardando l'indicatore della prevalenza degli individui con almeno una malattia cronica. Al contrario, per quanto riguarda le invalidità, le variazioni non sembrano essere diverse tra generazioni, sebbene si siano registrati tassi di crescita molto elevati. Differenze importanti tra generazioni si riscontrano, invece, nei tassi di obesità e sovrappeso,

confermando il trend già evidenziato dai dati ISTAT, con la prevalenza dell'obesità salita del 60% nei trentenni e del 40% nei 40enni.

La Figura 9b riporta lo stesso tipo di informazioni per una serie di patologie dell'apparato cardio-vascolare e per il diabete. Anche in questi casi, si può notare come gli aumenti più marcati si registrino per i trentenni, in particolare nell'ambito di patologie molto comuni come il diabete, l'ipertensione e le malattie coronariche. Incrementi rilevanti si notano anche per l'ictus e la dislipidemia.

Infine, dalla Figura 9c si nota come gli aumenti maggiori nelle prevalenze delle malattie della tiroide e dei tumori si registrino per i trentenni e, in parte, per i quarantenni. Risultati opposti si trovano per depressione e per asma.

Il database HS-SiSSI

Una rete di oltre 1000 MMG, sparsi su tutto il territorio nazionale, ha aderito al progetto di informatizzazione delle cartelle cliniche dei loro pazienti, creando la possibilità di costruire, a partire dal 1998, un database della medicina generale con le informazioni cliniche relative ad oltre 1 milione e mezzo di assistiti.

All'interno di questo gruppo, nel corso dell'anno 2014, ne sono stati individuati 900 MMG, selezionati da tutto il territorio nazionale in base alla numerosità dell'area geografica di riferimento (Nord-est, Nord-ovest, Centro, Sud, Isole). Questo gruppo di "migliori" 900 MMG sono coloro che garantiscono la migliore qualità dell'informazione e vengono utilizzati per condurre ricerche epidemiologiche con il massimo della completezza e consistenza dell'informazione. Per selezionare questo gruppo è stato calcolato uno score composito di qualità, valutato per ogni singolo MMG. La distribuzione territoriale degli assistibili di questi medici è analoga a quella della popolazione italiana adulta censita dall'ISTAT, senza rilevanti differenze sia in rapporto all'area geografica, sia sulla base dell'aggregazione per fasce d'età.

I grafici 8-12 sono stati elaborati sui dati raccolti nella banca dati HS-SiSSI, costituita dalle cartelle cliniche anonimizzate di più di 1,2 milioni di pazienti trattati dai medici di medicina generale (Sessa et al. 2004).

Le informazioni registrate da ogni MMG sono tutte quelle concernenti la sua pratica quotidiana e variano dalle informazioni demografiche, alle informazioni cliniche (es. diagnosi, indagini di laboratorio con rispettivi valori, ricoveri, ecc.), ai dati di prescrizione, a quelli relativi ai fattori di rischio ed ai determinanti di salute (es. pressione arteriosa, BMI, fumo, ecc.).

Tutti questi dati sono collegati ad un codice anonimo ed univoco per l'identificazione del paziente, secondo i criteri classici di un database relazionale. Gran parte dei dati è codificata secondo standard comunemente utilizzati.

La registrazione della prescrizione farmaceutica avviene per mezzo di un elenco di prodotti codificati per nome commerciale e relativa forma farmaceutica, codice ATC e ministeriale, principio attivo. Per gli accertamenti, la codifica avviene in accordo con il Nomenclatore Tariffario come da Gazzetta Ufficiale. Per le patologie essa avviene in base alla Classificazione Internazionale delle Patologie, 9° Edizione (ICD9CM). La qualità e consistenza dell'informazione è stata dimostrata attraverso numerosi studi di confronto con fonti di dati correnti o con indagini trasversali (es. Indagine multiscopo, OSMED) condotte su base nazionale.

Figura 9a. Prevalenza patologie per coorti e generazioni (2002-2014)

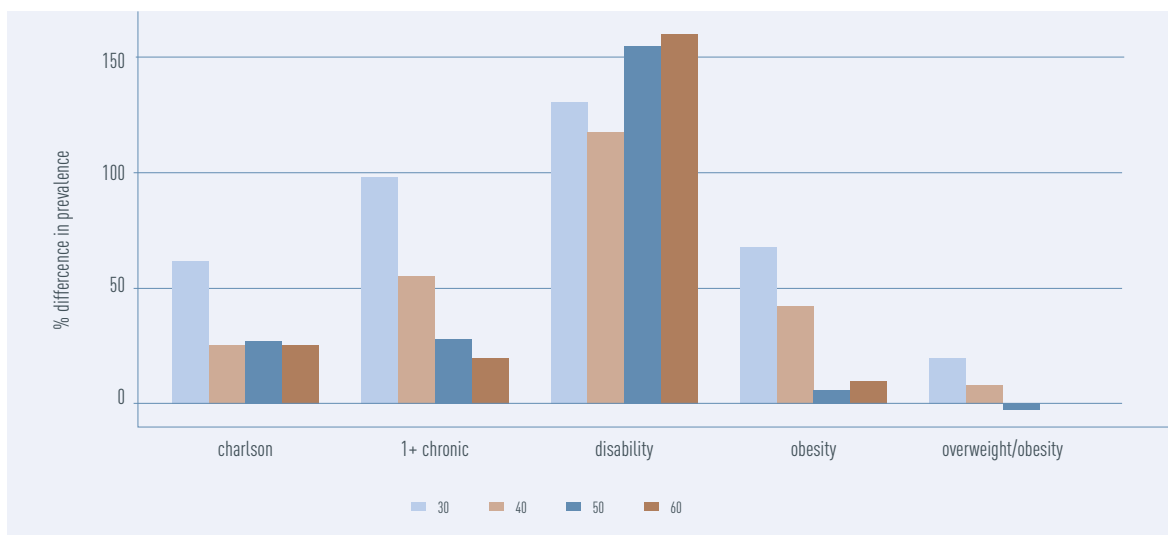
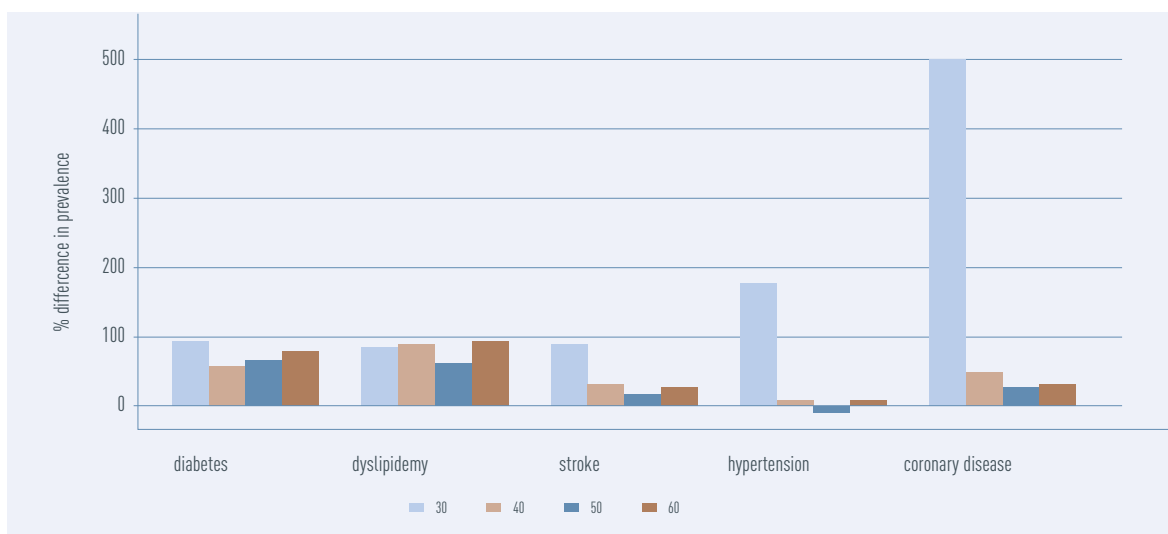
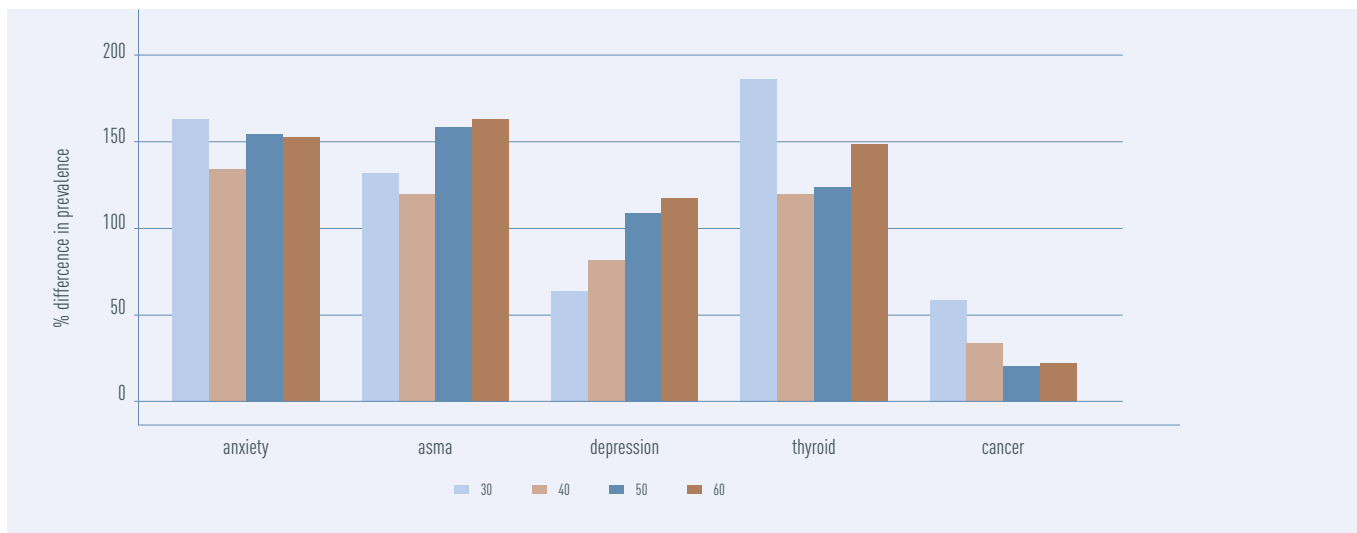


Figura 9b. Prevalenza patologie per coorti e generazioni (2002 - 2014)



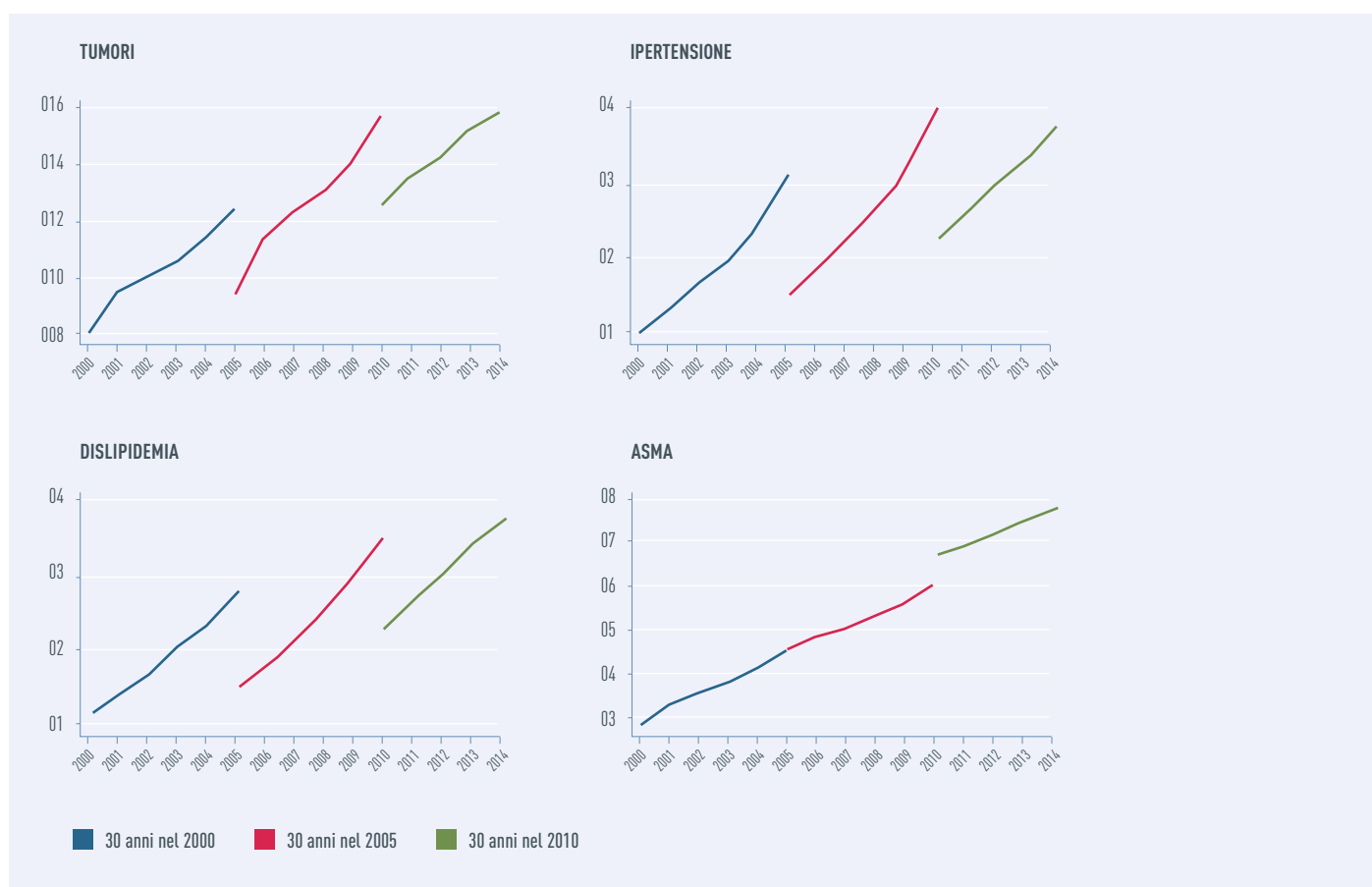
Fonte: Nostre elaborazioni su dati HS-SISSI

Figura 9c. Prevalenza patologie per coorti e generazioni (2002 – 2014)



Fonte: Nostre elaborazioni su dati HS-SISSI

Figura 10. Prevalenza di alcune patologie croniche nei trentenni nel 2000, 2005 e 2010



Fonte: Nostre elaborazioni su dati HS-SISSI

La Figura 10 riporta, per alcune patologie e solo per la coorte dei trentenni, un'informazione di tipo longitudinale. In questo caso è possibile vedere come evolve la prevalenza di una particolare patologia su una coorte di trentenni seguita per 5 anni e osservata la prima volta nel 2000, 2005 e 2010.⁶ Sfruttando la dimensione longitudinale dei dati HS-SISSI, a differenza dei grafici precedenti, l'osservazione sui 5 anni è ottenuta sempre sugli stessi individui. Come possiamo notare, la prevalenza media dei tumori nei trentenni raddoppia da poco più di 0.008% nel 2000 a quasi 0.014% nel

6. Per la coorte di 30enni nel 2010 il periodo di osservazione è di soli 4 anni.

2010. Per tutte le coorti si osserva un trend crescente con l'età, con un preoccupante aumento della velocità della crescita nelle coorti più giovani (i 30-enni del 2010, nei cinque anni successivi, vedono aumentare la prevalenza in modo più veloce rispetto ai 30-enni del 2000).

Una dinamica simile, o ancor più allarmante, si vede anche per la dislipidemia, l'ipertensione e l'asma. L'ipertensione passa dall'1% tra i trentenni nel 2000 al 2.2% tra i trentenni del 2010. Per la dislipidemia i valori e i trend sono molto simili. Infine, per l'asma si vede come i nuovi 30enni partano da livelli di prevalenza che sono maggiori rispetto a quelli che i vecchi trentenni denotano all'età di 35 anni.

Tutti questi fattori giocano un ruolo importante per la generazione dei *Millennials*, che nel prossimo futuro diventando una delle generazioni con il più alto impatto di popolazione (Vedi Fig. 6) potrebbero tradursi in ulteriori problemi sul fronte della salute generale della popolazione e su quello della spesa sanitaria.

6.3 Il problema nel problema: il gradiente socio-economico

I risultati fin qui presentati offrono una visione dello stato di salute della popolazione italiana che in prospettiva è abbastanza preoccupante, soprattutto se vista dal punto di vista della sostenibilità del nostro sistema sanitario. Questi risultati, però, sono in contrasto con una visione che, negli ultimi anni, ha dominato (soprattutto sui *media*): a parità di età, gli individui oggi sembrano essere molto più sani di quelli di 20 o 30 anni fa. Una serie di evidenze raccolte principalmente dai *media* americani sembrano sempre di più sostenere affermazioni quali "60 è il nuovo 40" (che ha accompagnato l'annuncio del 60° compleanno di Oprah Winfrey) o "50 è il nuovo 40" (in connessione con il 50° compleanno di Michelle Obama), che esemplificano la convinzione che i *baby boomer* sono più sani rispetto ai loro omologhi di generazioni precedenti. Un altro esempio, di più alto profilo scientifico, è la serie di incontri al vertice per gli operatori sociali e gli operatori sanitari che hanno portato alla pubblicazione nel 2005 di un libro dal titolo "Baby Boomers: Can My Eighties Be Like My Fifties?" (Mellor e Rehr, 2005).

C'è quindi qualcosa di sbagliato nei risultati che sono stati presentati o è sbagliato il modo come essi sono stati interpretati? In effetti, a guardare bene non esiste nessuna contraddizione tra i risultati presentati e la visione comune, poiché gli esempi cui fanno riferimento i *media* riguardano principalmente le generazioni più anziane, per le quali, come abbiamo visto nei dati, lo stato di salute non è peggiorato in modo sostanziale, soprattutto se si considera la serie di eventi socio-economici cui sono stati esposti negli ultimi 20 anni. A ciò va poi aggiunto un altro aspetto, fino ad ora non preso in considerazione, che permette di capire ancora meglio le affermazioni dei *media*: il gradiente socio-economico che determina le disuguaglianze in sanità.

Recentemente, è stato mostrato che negli USA la differenza nell'aspettativa di vita tra il centile più elevato di reddito (*top 1%*) e il centile più basso (*bottom 1%*) è di circa 14,6 anni per gli uomini e 10,1 per le donne!!! (Chetty et al, 2016). Le cosiddette differenze in termini di *Socio-Economic Status* (SES) sono elevate, e stanno crescendo sempre di più. In letteratura c'è abbondanza di evidenze che mostrano come livelli più elevati di istruzione e reddito, e il controllo dei principali fattori di rischio (fumo, obesità e alcool) abbiano effetti importanti sullo stato di salute delle persone. La salute è in gran parte determinata dalla classe sociale e dalla posizione socio-economica occupata dagli individui. Ciò perché persone più ricche e istruite hanno stili di vita più sani, migliore assistenza sanitaria, tipologie lavorative meno impegnative dal punto di vista fisico e condizioni di lavoro meno pericolose o stressanti (Geyer et al., (2006), Torssander e Erikson (2010), Chauvel e Leist (2015)).

Un altro aspetto interessante, strettamente legato al tema di questo Rapporto, è che non è solo la posizione socio-economica corrente dell'individuo che determina il suo livello di salute, ma anche la sua posizione socio-economica durante l'infanzia e l'adolescenza, ovvero nel periodo della sua crescita ed evoluzione psico-fisica. Ecco perché nei primi paragrafi del Rapporto è stato messo in ampio rilievo che i fattori che contribuiscono alla vulnerabilità di una persona in tutto il suo ciclo di vita non sono solo quelli riguardanti l'età cronologica (e.g., bambini, giovani, adulti e anziani) e lo stadio di vita (e.g., studente, occupato/disoccupato, invalido, vedovo/a), ma come questi si intersecano con fattori economici, sociali e culturali, quali povertà, etnie, sesso o disabilità. Ad esempio, la povertà vissuta durante l'infanzia può avere conseguenze negative nel corso della vita di una persona in termini di stato nutrizionale e salute e, quindi, di sviluppo personale e opportunità legate alla formazione, l'autostima, le attività e l'accesso al mercato del lavoro: un basso status socio-economico dei genitori potrebbe essere, quindi, trasmesso alla generazione successiva attraverso questi canali. Inoltre, l'istruzione e l'occupazione dei genitori influenzano la salute. Possibili meccanismi nel processo di trasmissione della salute attraverso lo status socio-economico dei genitori includono lo stress causato da insicurezza finanziaria, risorse materiali, e l'acquisizione di diversi stili di vita dai genitori (fumo, alcool, quantità di attività fisica, ecc. (Laaksonen et al., 2005, Osler et al., 2009).

Da un punto di vista empirico non è sempre facile dare una risposta al ruolo che questi fattori possono avere sugli *outcome* sanitari. Di sicuro, però, è possibile coniugare le precedenti analisi per livello di istruzione ricevuta, una delle migliori variabili disponibili, per provare ad analizzare se ci sono gradienti importanti nello stato di salute. Nei successivi paragrafi sono quindi riportate una serie di evidenze che confermano quanto presentato in precedenza, e in più evidenziano la presenza di "un problema nel problema", ovvero di peggioramenti dello stato di salute per le generazioni più giovani che sono ancor più marcati ogni qual volta sono accompagnati da livelli di istruzione bassi.

Le figure 11a-11e presentano il gradiente socio-economico, rappresentato dai livelli di istruzione o dallo stato di disoccupazione, nelle caratteristiche legate a stili di vita, come la prevalenza dell'obesità, l'abitudine al fumo e la pratica sportiva. Le figure tracciano l'andamento delle prevalenze distinte per 5 coorti quinquennali nate nel: 1958-1962, 1963-1967, 1968-1972, 1973-1977 e 1978-1982. I loro aspetti dello stile di vita osservati nel 2002 sono successivamente paragonati con quelli registrati nel 2012. Se gli individui più giovani della coorte dei nati tra il 1968-1972 raggiungono l'età di 30 anni nel 2002, le stesse persone nel 2012 raggiungeranno l'età di 40 anni, e il differenziale per loro osservato rappresenta il processo di *aging*. D'altro canto, dallo stesso grafico possiamo leggere le differenze dei 30enni come osservati nel 2002 (nati tra il 1968-1972) e i nuovi 30enni osservati nel 2012 (nati tra il 1978-1982), dove tali differenze invece rappresentano l'effetto *generazionale*.

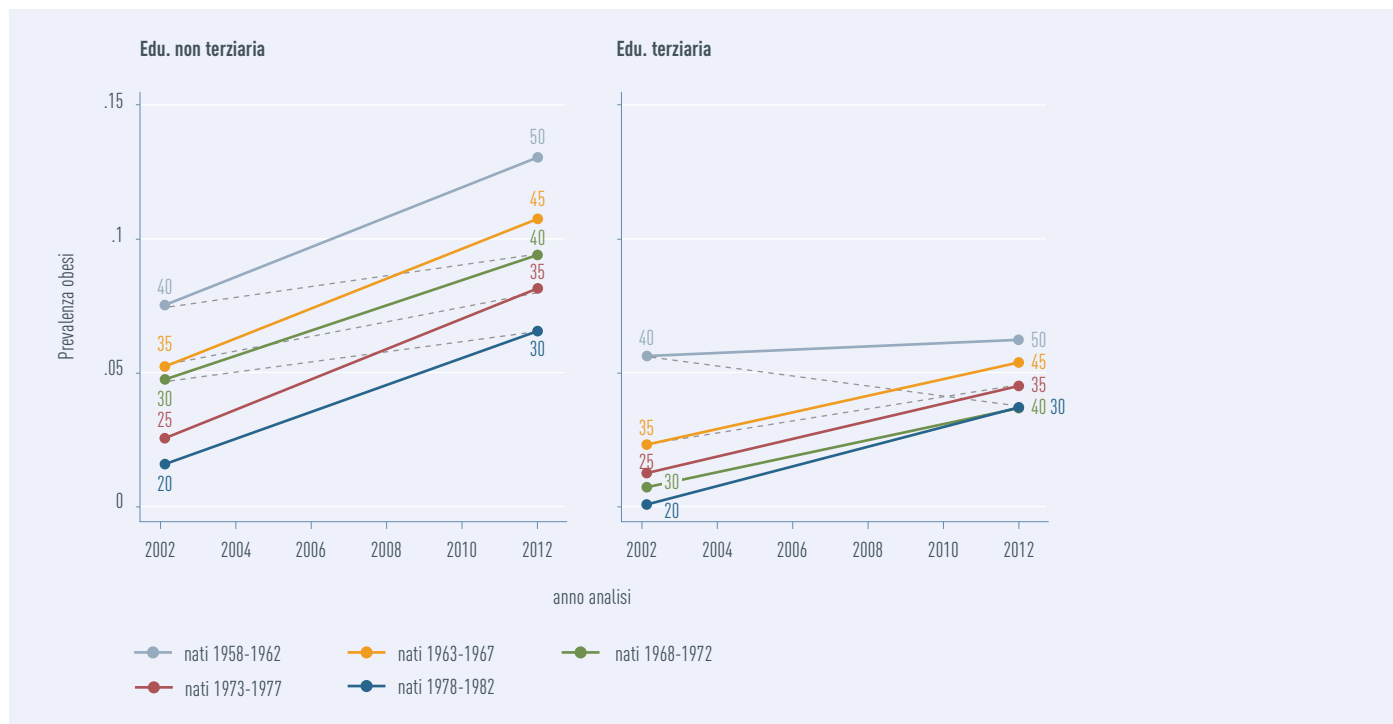
La figura 11a nei suoi due pannelli presenta la differenza nella prevalenza dell'obesità tra gli individui con e senza livello di istruzione universitaria. All'interno di ogni pannello le differenze delle prevalenze sono scomposte nella componente *aging* e *generazionale* per le 5 coorti sopraelencate. La prevalenza più alta dell'obesità (circa 13%) è registrata nei 50enni senza istruzione universitaria osservati nel 2012. Per i laureati nella stessa fascia di età, nello stesso anno, la prevalenza è molto più bassa, e supera di poco il 6%. Inoltre, in termini di *trend*, è possibile vedere come l'aumento nel decennio sotto analisi è stato particolarmente penalizzante per i non-laureati, con differenziali di 5 punti percentuali in media per tutte le coorti. Da ciò ne deriva che i differenziali in termini di istruzione sono aumentati nel decennio, suggerendo un importante aumento della disuguaglianza nella salute a partire dal livello di istruzione. Infine, per tutte le coorti, tranne che per i 40enni nel 2012 si nota un importante peggioramento "generazionale", dove per tutti i nuovi 30-35enni si osserva un considerevole incremento della prevalenza rispetto alle corrispondenti coorti osservate nel 2002. Ciò significa che, per esempio, i 35enni nel 2012 rispetto ai 35enni del 2002, partono già svantaggiati in termini di eccesso ponderale.

Una relazione simile si trova nota nel grafico 11b, dove è sintetizzato un analogo meccanismo, questa volta relativo all'attività sportiva. Vediamo come i laureati abbiano le prevalenze di pratica sportiva sensibilmente più alte rispetto ai non-laureati, con i 25enni del 2002 tra i più attivi (circa il 37% pratica lo sport). La prevalenza dell'attività sportiva diminuisce con il passare del tempo, in modo particolarmente accentuato nei 20enni e 25enni non laureati, che con il processo di *aging* riducono la loro pratica sportiva di oltre 10 punti percentuali. Le diminuzioni legate all'*aging* sono meno marcate per le coorti più "anziane". Da un punto di vista generazionale l'evidenza più importante è che nel 2012 le generazioni più giovani hanno sensibilmente ridotto la pratica sportiva rispetto ai loro coetanei del 2002. Questo effetto è molto più marcato per i non laureati rispetto ai laureati. In particolare, la generazione dei 35enni con laurea del 2002 (i primi nati appartengono alla generazione X) ha visto i propri tassi di attività sportiva incrementare nel tempo.

La figura 11c riporta la relazione tra l'abitudine al fumo e il grado di istruzione. Ancora una volta possiamo osservare una stretta relazione negativa tra tassi di fumo e livello di istruzione, con i più istruiti che hanno tassi significativamente minori. Vi sono però una serie di eccezioni. La prima riguarda i 20 e i 40enni che nel 2002 non mostravano grosse differenze per livello di istruzione. La seconda è che i trend sono sempre in diminuzione, ma vi sono eccezioni rappresentate dalla generazione dei più giovani del 2002 (i 20enni nel caso dei non-laureati e i 25enni nei laureati). Questa tendenza è fortunatamente invertita per le coorti più "anziane", con le diminuzioni più marcate per i 40enni del 2002, che vedono diminuire loro la prevalenza di 7 punti percentuali. Nell'ottica generazionale, tranne che per la coorte dei 30enni, le altre coorti vedono un importante miglioramento legato alla diminuita propensione al fumo negli anni. Rimane però grave il fatto che tale rafforzamento degli stili di vita salutari non sembra appartenere ai più giovani.

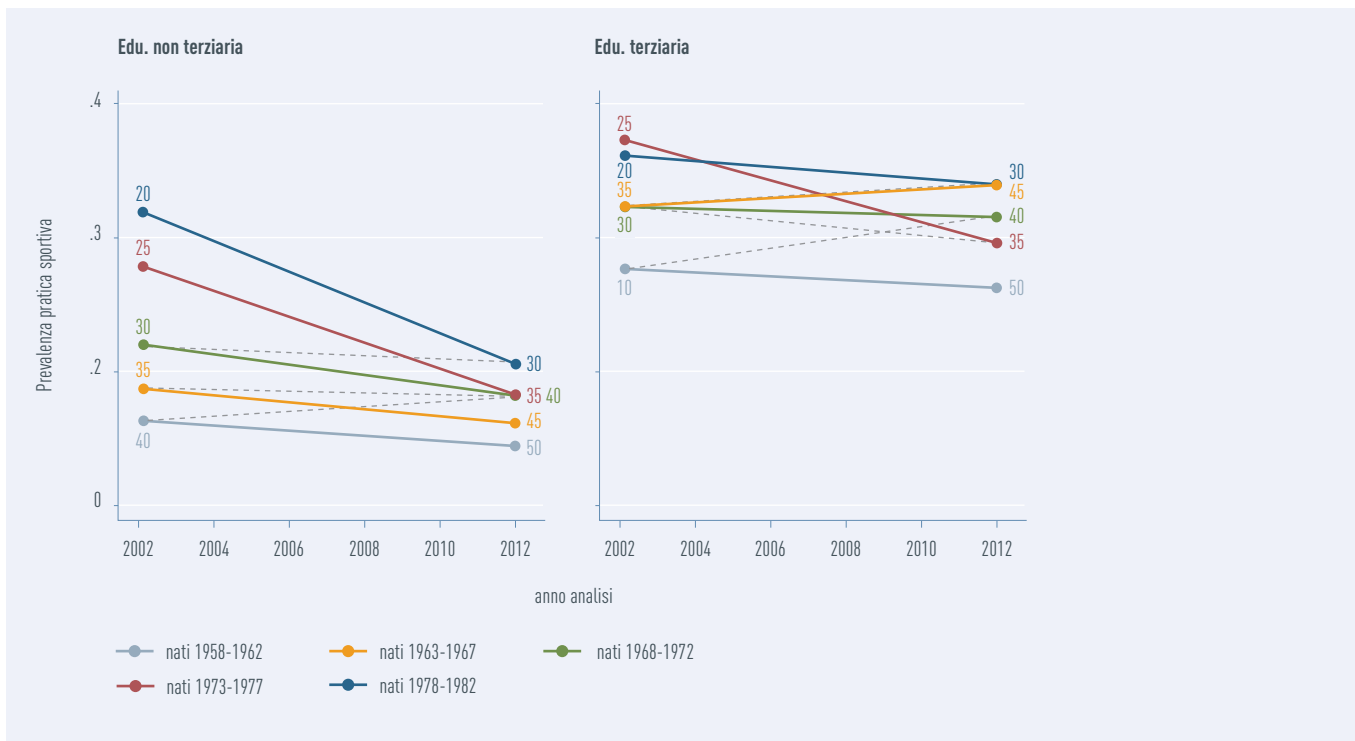
La figura 11d presenta invece la prevalenza dell'obesità in funzione dello stato di disoccupazione. Se nel 2002 non sembrava esserci nessuna differenza in termini di obesità tra laureati e non laureati, nel 2012 alcune di queste differenze cominciano a emergere.

Figura 11a. Il nesso tra l'obesità e l'istruzione tra il 2002-2012



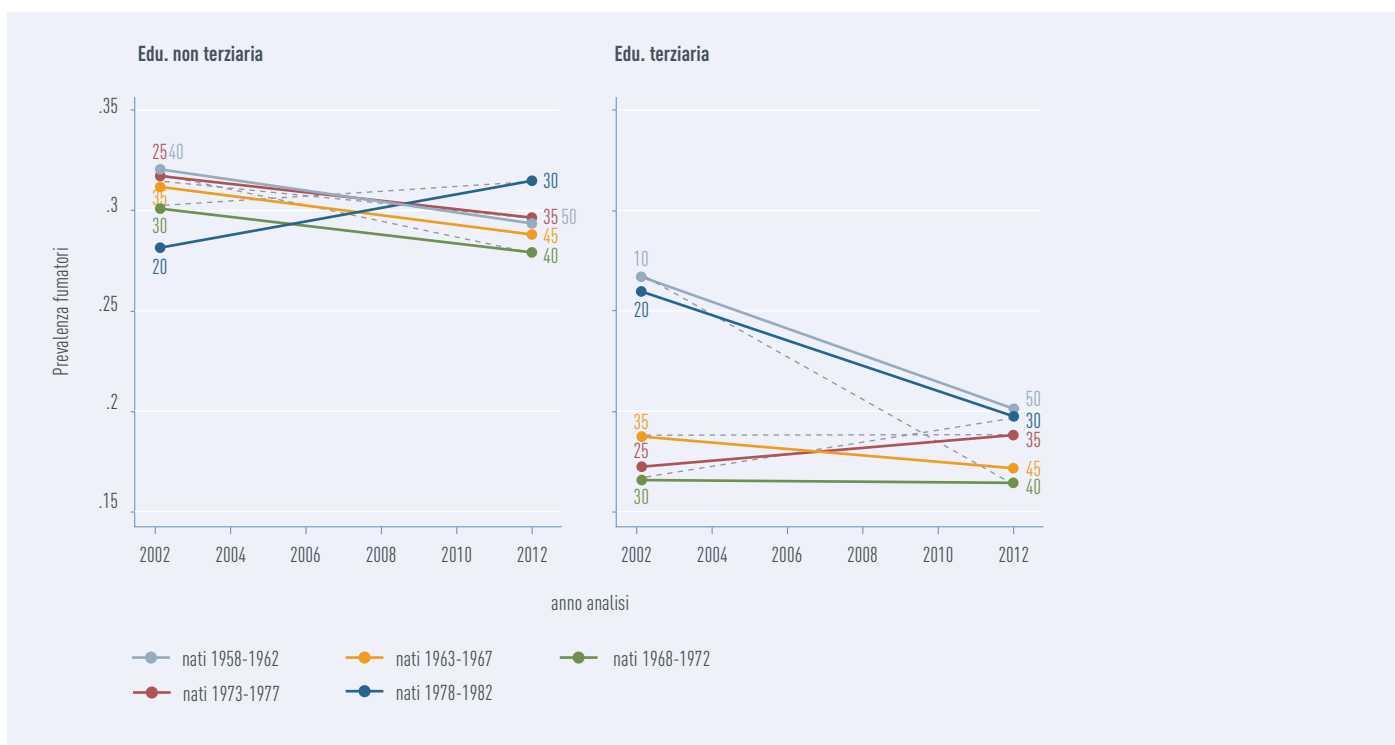
Fonte: Nostre elaborazioni su dati ISTAT - Indagine Aspetti Vita Quotidiana (1993-2012)

Figura 11b. Il nesso tra la pratica dello sport e l'istruzione tra il 2002-2012



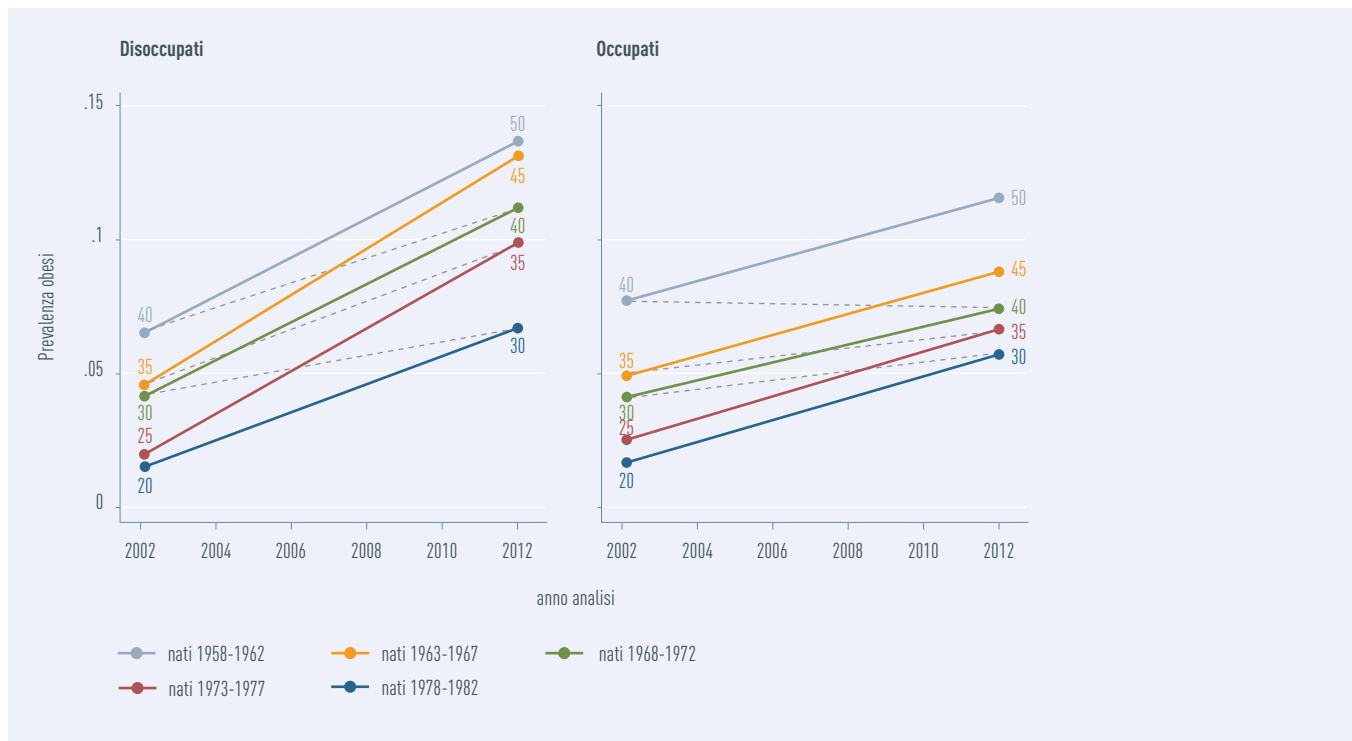
Fonte: Nostre elaborazioni su dati ISTAT - Indagine Aspetti Vita Quotidiana (1993-2012)

Figura 11c. Il nesso tra l'abitudine al fumo e l'istruzione tra il 2002-2012



Fonte: Nostre elaborazioni su dati ISTAT - Indagine Aspetti Vita Quotidiana (1993-2012)

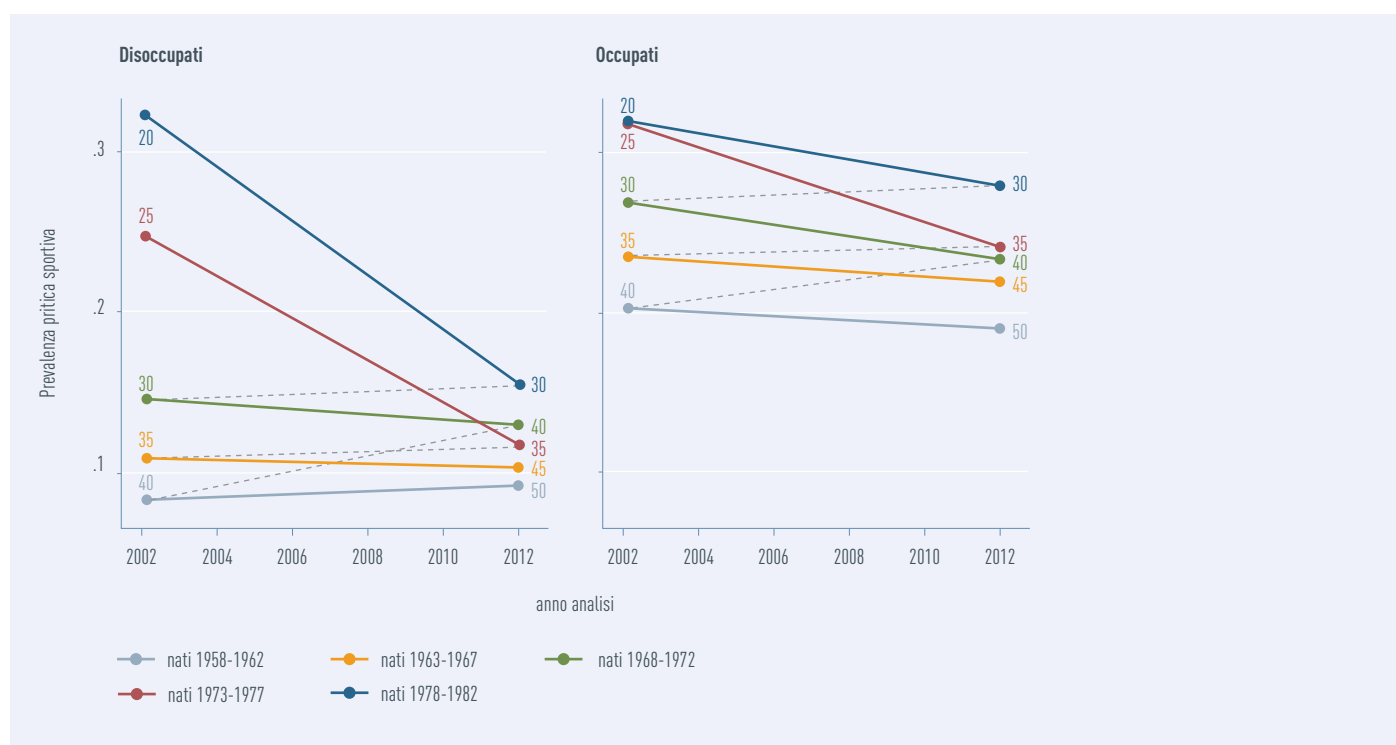
Figura 11d. Il nesso tra l'obesità e lo stato di occupazione tra il 2002-2012



Fonte: Nostre elaborazioni su dati ISTAT - Indagine Aspetti Vita Quotidiana (1993-2012)

Addirittura i 30enni disoccupati del 2012 vantano i tassi dell'obesità quasi alla pari dei 40enni occupati del 2002. La penalizzazione sembra essere molto più evidente a livello *generazionale* per i disoccupati per tutte le coorti, con degli andamenti particolarmente preoccupanti per i nuovi versus vecchi 25 e 35enni disoccupati.

Figura 11e. Il nesso tra la pratica dello sport e lo stato di occupazione tra il 2002-2012



Fonte: Nostre elaborazioni su dati ISTAT - Indagine Aspetti Vita Quotidiana (1993-2012)

Infine, la figura 11e mostra il nesso tra attività sportiva e stato occupazionale. Un aspetto interessante di questa figura è una maggiore dedizione all'attività sportiva nel 2002 dei 20enni disoccupati rispetto ai loro coetanei non disoccupati. Tale vantaggio viene meno nel 2012, con gli stessi nati nel 1977-1982 che vedono la loro attività sportiva diminuire di circa 17 punti percentuali. Infatti, se l'*aging* agisce in generale nella maniera negativa sulla prevalenza dell'attività sportiva, questo trend è particolarmente pesante per i giovani disoccupati. Al contrario, almeno nel caso dello sport, sembra che nell'ottica *generazionale* i nuovi 30-40enni non vantino nessuna diminuzione della prevalenza degli sportivi, con perfino lievi differenziali positivi, specialmente per i 40enni.

7. Gli effetti dell'ipotesi DEM sugli *outcome* sanitari e sulla spesa sanitaria nei prossimi anni: un'analisi con modello di micro-simulazione

Al fine di stimare la domanda sanitaria futura e l'aspettativa di vita con o senza malattie nel modo più preciso possibile è necessario applicare strumenti econometrici adeguati. Inoltre, è necessario applicare dei modelli che permettano di predisporre degli scenari attendibili sull'evoluzione della spesa sanitaria e anticipare gli effetti connessi all'introduzione di determinate politiche. Come evidenziato da Przywara (2010), la complessità dei sistemi e la molteplicità dei fattori che influenzano la domanda sanitaria, sia quella rivolta al settore pubblico che privato, rendono l'esercizio molto complicato, producendo risultati che devono essere analizzati con cura. Numerosi autori hanno contribuito a questa letteratura, adottando spesso approcci diversi come documentato da Astolfi et al. (2011).

Idealmente, il modello dovrebbe fornire un ventaglio di informazioni che aiuti i *policy makers* a prevedere il potenziale effetto di una nuova strategia/intervento nel settore sanitario. La scelta dei modelli è guidata dalla disponibilità dei dati: senza l'accesso a informazioni individuali, non è possibile applicare i modelli interpretativi micro fondati e ottenere informazioni sulla domanda. In particolare la disponibilità di dati molto disaggregati può offrire prospettive molto diverse: ad esempio, se si guarda all'andamento della spesa sanitaria pubblica nell'ultimo decennio, confrontando la sola parte relativa ai servizi sanitari (farmaci, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e ricoveri ospedalieri) con quella complessiva (che include anche i costi di struttura e gestione), si scopre che la prima è costante in termini correnti, mentre la seconda è in continua crescita. Risulta evidente che la capacità di un modello di poter analizzare gli scenari "*what if*", dipende fortemente dalla qualità e dal dettaglio delle informazioni accessibili.

7.1 Il modello

Questa parte dell'analisi si basa su un modello di micro-simulazione dinamico della domanda sanitaria in Italia. Avendo una struttura dinamica, il modello permette agli individui di evolvere o di cambiare nel tempo lo stato delle diverse caratteristiche che li riguardano. Ogni individuo è, quindi, soggetto annualmente a una probabilità di modificare la propria condizione, riassunta da una serie di caratteristiche, sulla base di un determinato *set* di eventi, corrispondenti agli avvenimenti della vita reale, come ammalarsi, accedere alle strutture sanitarie, andare in pensione o morire. Tutti gli individui sono simulati in un intervallo di tempo per transitare nel periodo successivo con le loro caratteristiche aggiornate. Tali caratteristiche sono successivamente aggiornate basandosi su simulazioni ottenute da una serie di modelli, applicando degli algoritmi prestabiliti, stabiliti sulla base delle informazioni e dei dati a disposizione.

Il vantaggio maggiore del modello è di simulare intere distribuzioni dei risultati, non solamente le medie o altri valori aggregati. Inoltre, gli individui possono comportarsi in un modo molto eterogeneo, poiché le azioni sono basate sulle loro caratteristiche specifiche.

Come obiettivo principale, il modello è in grado di analizzare degli scenari "what if". Il modello permette di confrontare diversi effetti di diverse scelte di politica economica e sanitaria e di confrontarli sia tra di loro sia con l'andamento in assenza di interventi (status quo). Nel caso particolare di questo Rapporto, la domanda chiave alla quale il modello fornirà una risposta è la seguente: di quanti anni si è ridotta l'età media di apparizione delle patologie croniche per tipo di patologia e per età/coorte di pazienti.

7.2 I risultati delle simulazioni

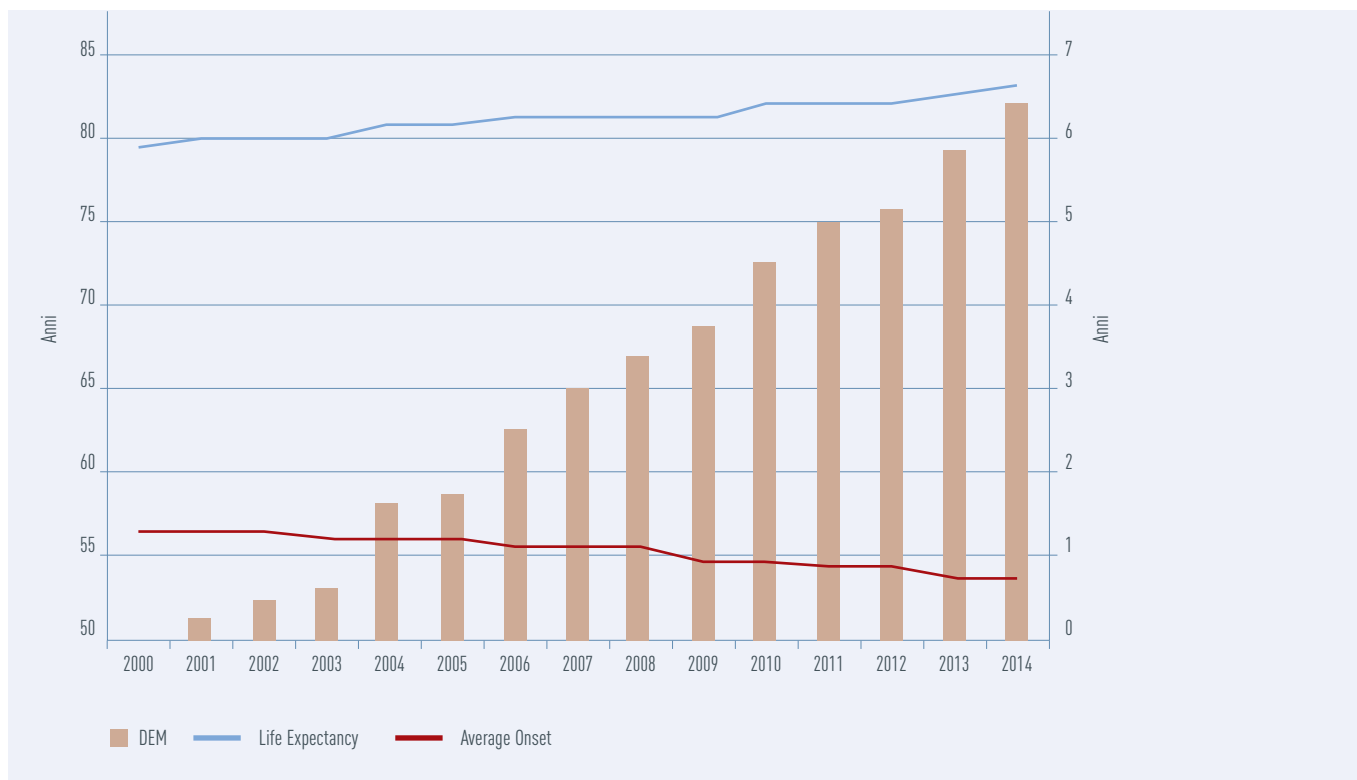
Sebbene il modello di micro-simulazione permetta di ottenere una vasta gamma di risultati, essendo noi interessati a verificare l'ipotesi della DEM, in questo caso i commenti saranno limitati solo all'analisi dell'età di insorgenza delle patologie croniche e come questa è variata nel tempo e per patologia e coorte di pazienti.

L'età di insorgenza delle patologie croniche rappresenta un indicatore molto interessante sia da un punto di vista epidemiologico, sia economico. Per un esito fatale, la differenza di tempo di occorrenza corrisponde al numero di anni supplementari vissuti quando un certo fattore di rischio è assente, rispetto a quando è presente, ed è legato ai potenziali anni di vita persi prima di una certa età (a causa di una particolare causa di morte) o ai potenziali anni di vita vissuti in assenza di patologie o disabilità.

Uno dei principali vantaggi di tale indicatore è, quindi, la facilità di interpretazione. In caso di malattie molto comuni, la sua misurazione rende è molto facile e diretta e risulta più accessibile e comprensibile per i *policy makers* e, pertanto, meno soggetto a errori di interpretazione.

Sulla base dei dati a nostra disposizione, è stato possibile calcolare l'indicatore dell'età media di insorgenza di una qualunque patologia cronica nella popolazione italiana di età superiore a 18 anni tra il 2000 ed il 2014. Nel grafico nella Figura 12 tale indicatore è riportato insieme all'andamento dell'aspettativa di vita alla nascita e alla differenza tra i due. Come si può vedere, nei 14 anni considerati nell'analisi, l'aspettativa di vita degli italiani è passata da 79,8 anni nel 2000 a 83,2 nel 2014, con un aumento di 3,4 anni. Contemporaneamente, l'età media di insorgenza delle patologie si è ridotta da 56,5 a 53,5 anni, con una riduzione assoluta di 3 anni (poco meno di 3 mesi all'anno). Il differenziale tra questi due indicatori è misurato dall'indicatore DEM (*Double Expansion of Morbidity*), che ovviamente negli anni è andato aumentando, fino a raggiungere 6,4 anni nel 2014. Ciò che è interessante notare è che l'aumento degli anni di vita passati con patologie (da 23,3 anni nel 2000 a 29,2 nel 2014) è dovuto in modo abbastanza paritetico sia all'aumento dell'aspettativa di vita (53%), sia alla riduzione dell'*onset* delle patologie (47%). Questi indicatori, insieme alle informazioni sui livelli di popolazione per fascia di età e ai costi unitari contenuti nel modello di micro-simulazione) ci permettono anche di calcolare l'impatto economico del fenomeno.

Figura 12. Età media di *onset* delle patologie

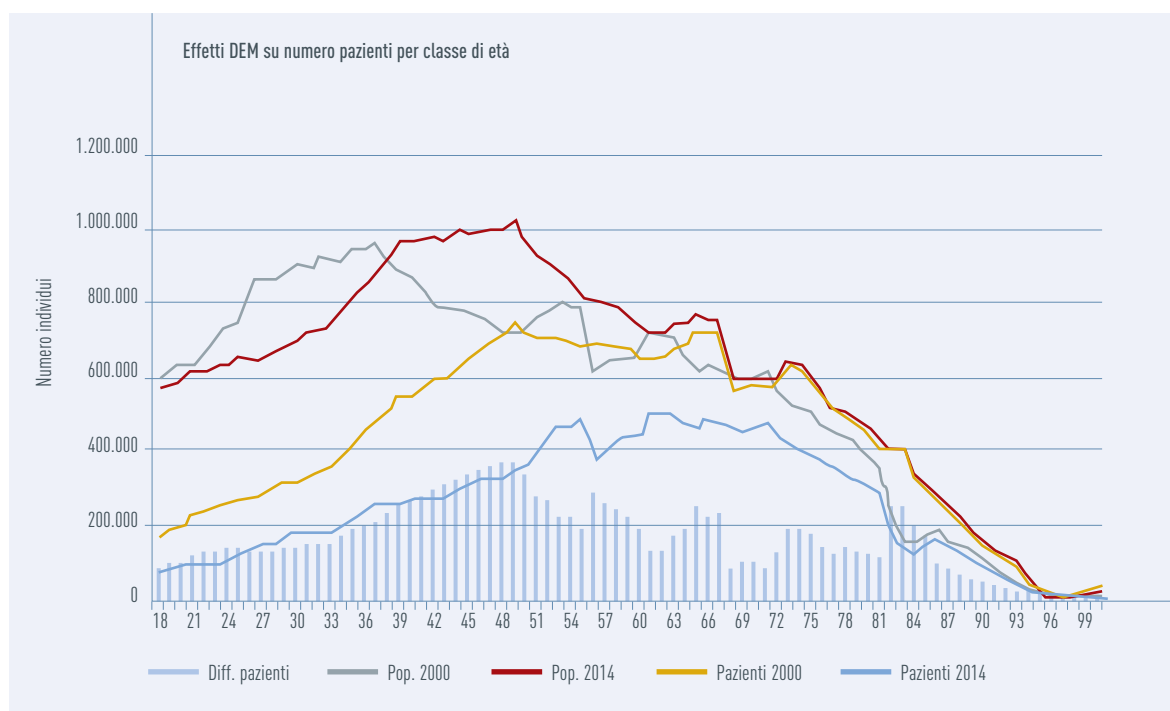


Fonte: Nostre elaborazioni su dati HS-SiSSI (AO e DEM) e EUROSTAT (LE)

Nel primo grafico della Figura 13, le barre dell'istogramma riportano il maggior numero di persone che, tra il 2000 e il 2014, sono esposte a un maggiore utilizzo delle risorse del sistema sanitario a causa dell'aumento dell'aspettativa di vita e della riduzione dell'insorgenza delle patologie croniche. Inoltre, nel grafico sono riportate le distribuzioni della popolazione nel 2000 e nel 2014, e il numero di pazienti (persone che hanno utilizzato almeno un servizio sanitari nell'anno). Come si può ben vedere, il numero di pazienti aumenta con l'età e con la dimensione della popolazione per anno di età, e varia tra il 2000 e il 2014 in base alla probabilità (empirica) che essi hanno di fare ricorso alle cure sanitarie (secondo quanto riportato nel database HS-SiSSI). La corretta stima dell'effetto della DEM sul SSN è garantita dal fatto che il differenziale tra le probabilità di ammalarsi (distribuzioni empiriche) permette di stimare la riduzione dell'età di insorgenza delle patologie per ogni anno di età, mentre il differenziale nella dimensione della popolazione per anno di età permette di tener conto della variazione nella LE. Infatti, l'aumento dell'aspettativa di vita fa sì che per ogni anno di età nel tempo aumenti la popolazione ancora in vita.

Pertanto, il prodotto tra la probabilità di avere diagnosticato una patologia cronica e il numero di individui all'interno di ogni anno di età riesce a catturare entrambi gli effetti di aumento di LE e riduzione di AO. Come si può ben vedere, si avranno relativamente poche persone interessate dal fenomeno dell'aumento dell'aspettativa di vita (principalmente individui di età superiore a 79 anni) e molte più persone interessate dal fenomeno della riduzione della AO (tutti i nuovi pazienti incidenti che hanno anticipato l'onset e sono principalmente individui di età compresa tra i 18 e i 48 anni). Nel complesso, si tratta di circa 14 milioni di pazienti in più tra il 2000 ed il 2014.

Figura 13a. Costi sanitari aggiuntivi per il SSN dovuti alla DEM



Fonte: Nostre elaborazioni su dati HS-SiSSI (AO e DEM) e ISTAT (Pop)

Figura 13b.

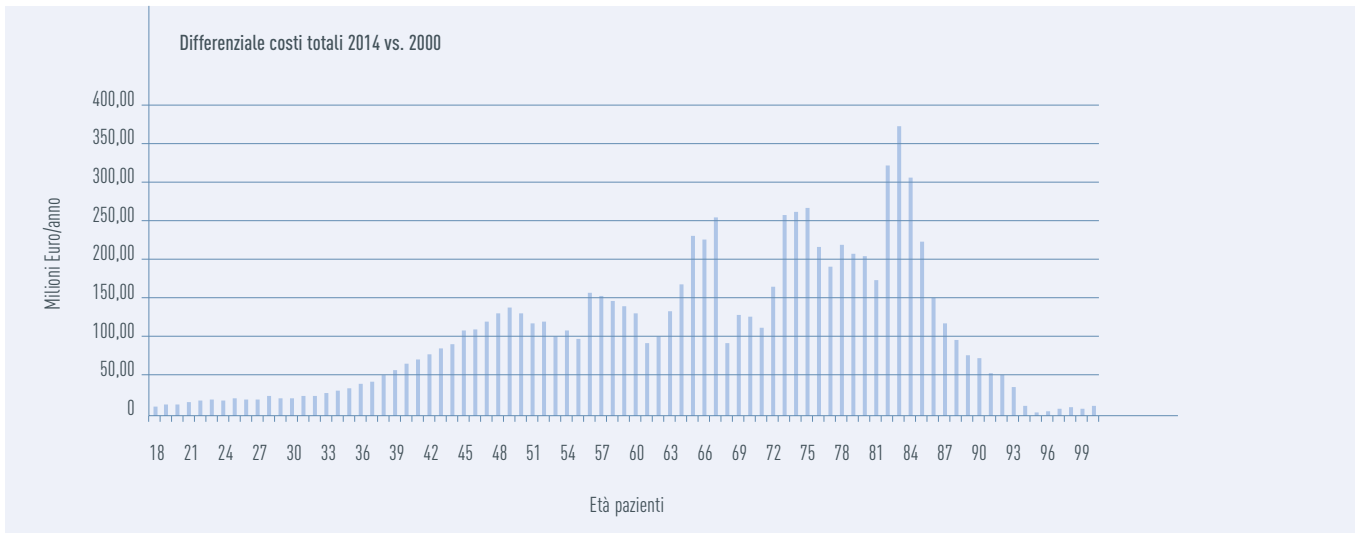
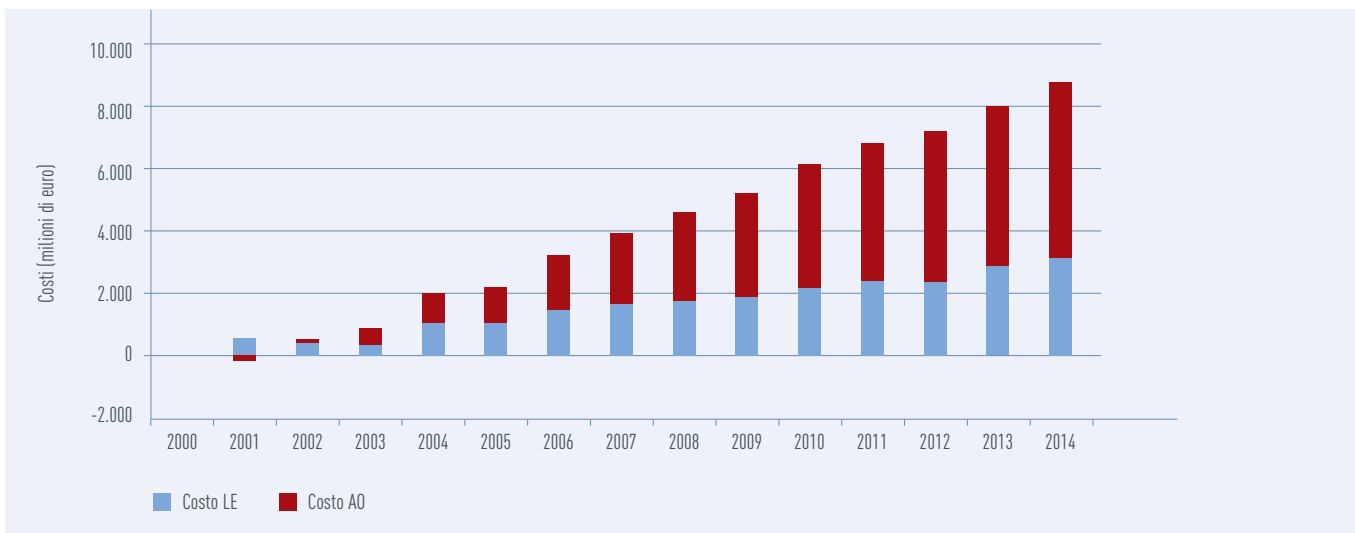


Figura 13c.



Fonte: Nostre elaborazioni su dati HS-SiSSI (AO e DEM) e ISTAT (Pop)

Utilizzando i costi pro-capite medi per soli servizi medici (farmaci, visite specialistiche, accertamenti diagnostici e visite ospedaliere) disponibili nel database HS-SiSSI, e calcolati per ogni anno di età, si può facilmente ottenere una stima dei costi aggiuntivi generati da tale fenomeno. Nel complesso, nel 2014 il SSN ha speso in più rispetto al 2000 circa 8,7 miliardi di euro in più, di cui circa il 75% è da attribuirsi all'anticipazione dell'insorgenza delle patologie.

Infine, nei grafici b) e c) della Figura 13 sono riportati, rispettivamente, i differenziali di costo tra il 2000 e il 2014 per anno di età dei pazienti (la cui somma è, appunto, pari a circa 8,7 miliardi di Euro) e l'andamento del differenziale dal 2001 fino al 2014, suddiviso per causa (LE vs. AO). Come si può facilmente vedere, l'effetto maggiore sui costi è generato dalla riduzione dell'AO.

Il passaggio successivo è stato quello di analizzare l'eventuale presenza di eterogeneità esistente intorno a questo valore medio. Nella Figura 14 vengono quindi riportati i dati di variazione dell'età di prima insorgenza per coorte e per alcune patologie. I risultati ottenuti in questo caso sono ancora più interessanti. In particolare, nella prima colonna della Figura 14 sono riportate le variazioni assolute in anni, mentre nella seconda colonna le variazioni percentuali. Come si può vedere, in termini assoluti la coorte dei pazienti più giovani (30-35enni) è quella che in molti casi riporta le riduzioni di età di prima insorgenza più marcate (tra i 2 e i 6 anni). Se si guarda, invece, alle variazioni percentuali, la riduzione per la coorte più giovane è sempre la maggiore (spesso sopra il 15%).

Figura 14. Riduzione (assoluta e percentuale) età media di insorgenza (AO) patologie tra 2002 e 2014.

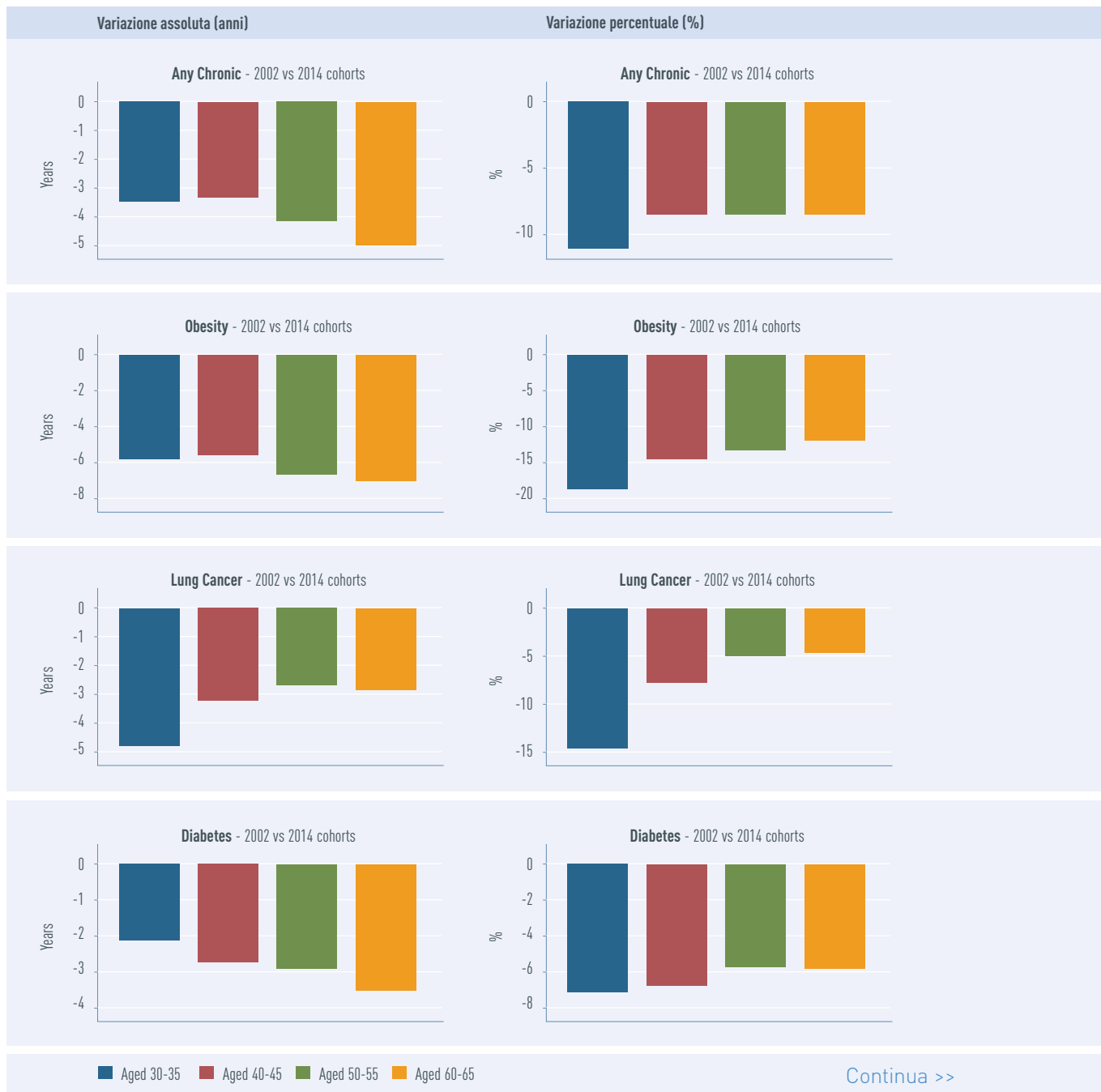


Figura 14. Riduzione (assoluta e percentuale) età media di insorgenza (AO) patologie tra 2002 e 2014.



8. Conclusioni

Le analisi condotte mostrano una tendenziale incapacità del sistema di farsi carico in maniera completa e appropriata dei bisogni sanitari espressi dall'attuale *silver generation*. Questo è un segnale che va letto e interpretato in prospettiva, poiché per il futuro le (attuali) generazioni più giovani potrebbero avere uno stato di salute peggiore quando entreranno a far parte della *silver generation*. Inoltre, ciò dovrebbe far ripensare a come i trend epidemiologici e di spesa dei prossimi anni potranno essere alterati rispetto alle stime istituzionali *main-stream* oggi disponibili.

Bibliografia

- Adler, N.E., Boyce, T., Chesney, M.A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R.L., Syme, S.L. (1994), "Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient", *American Psychologist* 49(1): pp. 15-24.
- Allman-Farinelli MA, Chey T, Bauman AE, Gill T, James WP (2008) Age, period and birth cohort effects on prevalence of overweight and obesity in Australian adults from 1990 to 2000. *Eur J Clin Nutr* 62: 898-907
- Atella V, Kopinska J, Medea G, Belotti F, Tosti V, Piano Mortari A, Cricelli C., and Fontana L. (2015) Excess body weight increases the burden of age-associated chronic diseases and their associated health care expenditures. *Aging*, 7(10):882-892, 2015
- Atella V, Belotti F, Carrino L, Kopinska J, Piano Mortari A. (2016) The sustainability and inclusiveness of Long-Term Care systems in Europe: a look ahead., CEIS Working Paper.
- Atella V, Belotti F, Kopinska J, Piano Mortari A, Cricelli C., Fontana L. (2016) Trends in ageing related disease burden and health care utilization: evidence from Italy, CEIS Working Paper.
- Badley EM, Canizares M, Perruccio AV, Hogg-Johnson S, Gignac MAM. (2015) Benefits Gained, Benefits Lost: Comparing Baby Boomers to Other Generations in a Longitudinal Cohort Study of Self-Rated Health. *The Milbank Quarterly*, 93(1)2015.
- Balbus, J. M., Barouki, R., Birnbaum, L. S., Etzel, R. A., Gluckman, S. P. D., Grandjean, P., Hancock, C., Hanson, M. A., Heindel, J. J., Hoffman, K., Jensen, G. K., Keeling, A., Neira, M., Rabadan-Diehl, C., Ralston, J. and Tang, K.-C., 2013, Early-life prevention of non-communicable diseases, *Lancet* 381(9860) accessed 30 May 2014.
- Bardi U. e V. Perini (2013), Declining trends of healthy life years expectancy (HLYE) in Europe. *arxiv.org/abs/1311.3799*
- Blumenthal S. e Warren K., How Healthy Are Today's Young Adults? *The Huffington Post*, May 2014. http://www.huffingtonpost.com/susan-blumenthal/millennial-health_b_862162.html
- Breyer, F., Costa-Font, J. e S. Felder, 2010. "Ageing, health, and health care", *Oxford Review of Economic Policy*, 26: 691-712.
- Brugiavini, A., Padula, M., e G. Pasini, 2010. "La domanda di Long-term Care", in Brugiavini A e T. Jappelli "verso un nuovo sistema di architettura sociale per la famiglia", Il Mulino.
- Bussolo, Maurizio, Johannes Koettl, and Emily Sinnott. 2015. *Golden Aging: Prospects for Healthy, Active, and Prosperous Aging in Europe and Central Asia*. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0353-6.
- Cain, E. 2010. "Social Protection and Vulnerability, Risk and Exclusion Across the Life-Cycle", *HelpAge International*, UK.
- Case, A, and A Deaton. 2005. "Broken down by Work and Sex: How Our Health Declines." In *Analyses in the Economics of Aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- Chauvel L, Leist AK. Social epidemiology. In: Wright JD, editor. *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*. 2nd ed. Oxford: Elsevier; 2015. p. 275-81.
- Chetty, R, Stepner, M, Abraham, S, Lin, S, Scuderi, B, Turner, N, Bergeron, A, Cutler, D. The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001-2014. *JAMA*. 2016;315(16):1750-1766. doi:10.1001/jama.2016.4226
- Cheung K, Yip P (2010) Trends in healthy life expectancy in Hong Kong SAR 1996-2008. *Eur J Ageing* 7 (4):257-269
- Costa G., Marra M., Salmaso S. e Gruppo AIE su crisi e salute, (2012). Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia, *Epidemiol Prev* 2012; 36(6):337-366.
- Cutler, D.M., Glaeser, E.L. and Shapiro, J.M. (2003). "Why have Americans become more obese?" *Journal of Economic Perspectives* 17(3): 93-118
- Drewnowski, A. (2003). "Fat and sugar: an economic analysis." *Journal of Nutrition* 133: 838S-840S
- Economou A, Nikolau A, Theodossiou I. (2008). Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *Journal of Economic Studies*, 35:368-384.
- Economou M., Madianos M., Peppou L.E., Patelakis A. e Stefanis C.N. (2013). Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord*, 145, 308-14.
- EEA, 2014, Environmental indicator report 2014: Environmental impacts of production-consumption systems in Europe, European Environment Agency, Copenhagen, Denmark. See at <http://www.eea.europa.eu/publications/environmental-indicator-report-2014>
- EMCDDA, ECDC (2011). HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, European Centre for Disease Prevention and Control (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/hiv-in-injecting-drug-users-2011>, accessed 13 June 2012).
- European Environment Agency, The European environment - State and outlook 2015, Chapter 5 "Environment, health and quality of life".
- Eurostat Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. *Statistics in focus*, 72/2008
- Fries JF (1980) Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 303:130-135
- Fries JF (1989) The compression of morbidity: near or far? *Milbank Memorial Fund Q* 67:208-232. Gruenberg, 1977
- Fries JF (2002) Reducing disability in older age. *JAMA* 288:3164-3166.
- Galenkamp H, Braam AW, Huisman M, Deeg DJH (2012) Seventeen-year time trend in poor self-rated health in older adults: changing contributions of chronic diseases and disability. *Eur J Public Health*. doi:10.1093/eurpub/cks031

- Geyer S, Hemström Ö, Peter R, Vågerö D. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:804–10.
- Hanlon, P., Walsh D., and Whyte, B. (2006), *Let Glasgow flourish*. Glasgow: Glasgow Centre for Population Health.
- Hashimoto S, Kawado M, Seko R, Murakami Y, Hayashi M, Kato M, Noda T, Ojima T, Nagai M, Tsuji I (2010) Trends in Disability-Free Life Expectancy in Japan, 1995–2004. *J Epidemiol* 20 (4):308–312
- Hubert HB, Bloch DA, Oehlert JW, Fries JF (2002) Lifestyle Habits and Compression of Morbidity. *Journal of Gerontology* 57A(6):M347–M351.
- Istat. La vita quotidiana nel 2001–2011. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anni 2001–2011.
- Istat (2013), La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi, Anno 2012 (media settembre-dicembre), Statistiche Report 24 Dicembre 2013, disponibile su <http://www.istat.it/it/archivio/108565>
- Keith SW, Redden DT, Katzmarzyk PT, Boggiano MM, Hanlon EC, et al. (2006) Putative contributors to the secular increase in obesity: exploring the roads less traveled. *International Journal of Obesity* 30: 1585–1594.
- Kentikelenis A. et al. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378(9801):1457–1458.
- King DE, Matheson E, Chirina S, Shankar A, Broman-Fulks J (2013) The status of baby boomers’ health in the United States: the healthiest generation? *JAMA Intern Med* 173: 385–386.
- Kramer M (1980) The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 62 (Suppl. 285):282–297.
- Laaksonen M, Rahkonen O, Martikainen P, Lahelma E. Socioeconomic position and self-rated health: the contribution of childhood socioeconomic circumstances, adult socioeconomic status, and material resources. *Am J Public Health*. 2005;95:1403–9.
- Lee JM, Pilli S, Gebremariam A, Keirns CC, Davis MM, et al. (2010) Getting heavier, younger: Trajectories of obesity over the life course. *International Journal of Obesity* 34: 614–623.
- Lucas A, (1998) Programming by Early Nutrition: An Experimental Approach. *J. Nutr.* February 1, 1998 vol. 128 no. 2 401S–406S
- Madianos M. et al. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10):943–952.
- Manton KG (1982) Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Memorial Fund Q/ Health Soc* 60:183–244.
- Marmot, M. (1999), “Multi-level approaches to understanding social determinants”, in Lisa Berkman and Ichiro Icaewachi (eds.), *Social Epidemiology*, Oxford: Oxford University Press. Smith, J.P. (1999), “Healthy bodies and thick wallets”, *Journal of Economic Perspectives* 13(2): pp. 145–166.
- Mellor M. Joanna e Rehr H (2005). *Baby Boomers: Can My Eighties Be Like My Fifties? (Lifestyles and Issues in Aging)* by DSW, Springer Publishing Company Inc, New York.
- Ministero della Salute. (2011). *La situazione sanitaria del Paese, capitolo 4 “La salute attraverso le fasi della vita e in alcuni gruppi di popolazione”*, Roma.
- OECD, *Health at a glance: Europe 2015*, OECD Paris, 2015
- Osler M, Madsen M, Nybo Andersen A-M, et al. Do childhood and adult socioeconomic circumstances influence health and physical function in middle-age? *Soc Sci Med*. 2009;68:1425–31.
- Olshansky SJ, Rudberg MA, Carnes BA, Cassel CK, Brody J (1991) Trading off longer for worsening health: the expansion of morbidity hypothesis. *Journal of Aging and Health*, 3 (2):194–216.
- Pilkington R, Taylor AW, Hugo G, Wittert G. (2014) Are Baby Boomers Healthier than Generation X? A Profile of Australia’s Working Generations Using National Health Survey Data. *PLoS One*. 2014; 9(3): e93087.
- Pew Research Center, September, 2015, “The Whys and Hows of Generations Research”.
- Propper, C. (2005). “Why economics is good for your health”. 2004 Royal Economic Society Public Lecture. *Health Economics* 14(10): 987–997.
- Rapporto Osservasalute (2013), un’approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell’assistenza sanitaria nelle Regioni italiane.
- Riley J (1990) The risk of being sick: morbidity trends in four countries. *Population and Development Review*, 16 (3):403–432.
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A. e McKee M. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*, 378, 124–5.
- Torssander J, Erikson R. Stratification and mortality—a comparison of education, class, status, and income. *Eur Sociol Rev*. 2010;26:465–74.
- WHO (1980) *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva: WHO.
- WHO (1984) *The uses of epidemiology in the study of the elderly: Report of a WHO scientific group on epidemiology of aging*. Technical Report Series 706. Geneva, WHO.
- WHO (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO.
- WHO (2013) *Health, health systems and economic crisis in Europe Impact and policy implications. Summary*. European Observatory on Health System, London.

La generazione degli anziani

Parte

2

Indice

1. Introduzione	62
2. Stato attuale dell'offerta e della presa in carico socio-sanitaria degli anziani over-65	63
3. Le analisi sulla filiera dei servizi: possiamo parlare di una rete della presa in carico degli anziani?	68
4. Gli anziani e il ricorso all'ospedale	69
5. La filiera dell'offerta assistenziale nelle diverse regioni italiane e il livello di copertura del bisogno stimato	72
5.1 Le relazioni tra i diversi setting assistenziali: modelli e pattern regionali	75
5.2 Come possiamo interpretare questi fenomeni?	78
5.3 Trend futuri, possibili prospettive e punti di attenzione	80
Bibliografia	85

1. Introduzione¹

Il contesto di crisi sociale e stagnazione economica in cui i sistemi pubblici si trovano ad operare negli ultimi anni rende cogente e alimenta il dibattito circa lo stato di salute del nostro sistema di welfare e sulla sua capacità di risposta ai fabbisogni crescenti dei cittadini, sia in termini di numerosità che di complessità. Si assiste, infatti, allo svilupparsi di un'ambivalente pressione che grava dolorosamente sul sistema, dovuta alla contrapposizione tra due opposte forze in gioco: da un lato, la necessità di aumentare il sostegno del welfare a copertura di una sempre maggiore fragilità; dall'altro, la necessità di razionalizzazione ed efficientamento degli interventi dettata dal contenimento della spesa pubblica. In particolare, gli interventi per la non autosufficienza, in relazione a fenomeni ormai consolidati quali il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento dell'incidenza di patologie croniche tra la popolazione adulta e anziana, sono oggetto di una richiesta di migliore gestione dei servizi e più intensa presa in carico delle persone). In questo scenario, il report propone un approfondimento sull'assistenza sociale e sociosanitaria con l'intento di fornire un quadro aggiornato delle attività e del livello di presa in carico degli anziani non autosufficienti in Italia. A questo si aggiunge il tentativo di messa in relazione degli interventi tradizionalmente collegati alla non autosufficienza con altri che completano la filiera della presa in carico, in modo da fornire un quadro completo sull'assistenza offerta agli anziani.

1. La presente sezione rappresenta l'*Executive Summary* di un Rapporto più ampio disponibile sul sito della Fondazione Farmafactoring. Questa parte del lavoro è stata curata da Giovanni Fosti, Alessandro Furnari, Francesca Lecci, Francesco Longo ed Elisabetta Notarnicola.

2. Stato attuale dell'offerta e della presa in carico socio-sanitaria degli anziani over-65

Convenzionalmente definite anziane le persone con un'età superiore o uguale a 65 anni (Orimo, 2006), trovare una definizione universalmente valida e accettata di non autosufficienza emerge come problema dalla difficile soluzione. Appare infatti necessaria l'effettuazione di una scelta di tipo discrezionale, che stabilisca un «grado» di dipendenza oltre il quale la persona non venga più considerata in grado di provvedere a sé stessa. La condizione di non autosufficienza viene assimilata a quella vissuta dalle persone che presentano limitazioni funzionali, secondo la definizione di disabilità proposta con la classificazione *International classification of functioning, disability and health* (ICF), quadro interpretativo di riferimento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la misurazione dei livelli di salute e disabilità (e quindi anche di non autosufficienza). Tale misurazione non concepisce, come invece avveniva in passato, la disabilità solamente come riduzione delle capacità funzionali determinata da una malattia o menomazione, ma come la risultante di un'interazione tra le condizioni di salute dell'individuo e fattori contestuali (personali e ambientali) che rappresentano le circostanze in cui quest'ultimo vive (OMS, 2002). Tale classificazione ha determinato quindi un cambio di paradigma, introducendo nella valutazione della disabilità anche i fattori ambientali che la influenzano ed è stata accolta con favore dal Ministero della Salute e da ISTAT. In particolare, ISTAT (2014) considera persone con limitazioni funzionali coloro che hanno difficoltà rispetto ad alcune specifiche dimensioni². Esistono poi alcuni contributi (ad esempio ISTAT, 2015c) che forniscono ulteriori specificazioni e che classificano le limitazioni funzionali come «gravi». Gli anziani che presentano l'insieme di queste limitazioni sono state oggetto dello studio. Questa definizione è stata mantenuta per tutte le analisi di seguito presentate.

Prioritario è quindi definire l'ampiezza del fenomeno e l'esplicitazione dell'articolazione della rete di offerta di servizi sociali e sociosanitari funzionale a rispondere al bisogno assistenziale derivante dalla problematica.

Guardando al grado di diffusione, si stima un bisogno potenziale, ossia il numero complessivo di individui potenzialmente appartenenti alla categoria di «anziani non autosufficienti», a dati 2012 pari a 2.713.406 individui sul territorio nazionale, pari a circa il 5% della popolazione complessivamente intesa. Nonostante si tratti di un dato particolarmente significativo, è possibile che il numero degli anziani non autosufficienti sia lievemente sottostimato, in quanto tale rilevazione non include nella popolazione osservata le persone residenti permanentemente in strutture, riferendosi esclusivamente alle persone che vivono in famiglia; in aggiunta, l'indagine considerata per la stima (ISTAT, 2014) consente solo in modo parziale di cogliere le limitazioni funzionali connesse a patologie psichiatriche e a disagio mentale.

2. In particolare, (i) costrizione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); (ii) limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, incluse le attività di vita quotidiana (Activities of Daily Living, ADL); (iii) problemi nel camminare, usare le scale e raccogliere oggetti da terra (limitazioni nel movimento); (iv) difficoltà della comunicazione (limitazioni di vista, udito e parola).

Diverse sono le modalità di risposta della rete di offerta di servizi di natura pubblica, relative all'ambito sociosanitario e sociale. La mappatura realizzata guarda con particolare interesse ai servizi reali, detti anche in kind, e limita quindi l'analisi ai servizi effettivamente erogati in risposta al bisogno assistenziale. In ambito sociosanitario, vengono identificati servizi di tipo residenziale (come le residenze protette e le residenze sanitarie assistenziali o riabilitative per anziani – RSA), semiresidenziale e domiciliare (ADI). In ambito sociale, si ritrovano invece servizi di tipo residenziale che riproducono o agevolano le condizioni di vita tipiche di un contesto familiare (comunità alloggio, comunità di tipo familiare, gruppi appartamento, intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi, accoglienza anziani presso famiglie); servizi semiresidenziali per la promozione e il coordinamento di attività ludico-ricreative, sociali, educative, culturali, sportive e per la socializzazione; il servizio di assistenza domiciliare dei comuni.

Tabella 1. Quadro della capacità produttiva del sistema di offerta per target d'utenza

Target	Tipo di servizio	Capacità Produttiva Complessiva del Sistema	
		SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani over65	Residenziale	218.965 ⁽¹⁾	21.004
	Semiresidenziale	14.352	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	11.126.598*	n.d.

* ore erogate

(1) Livello di assistenza sanitaria «basso», «medio» e «alto», come già anticipato nella nota n° 5; il livello denominato «assente» viene conteggiato come sociale (ISTAT, 2015a)

Fonti: (a) Ministero della Salute (2015b) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) ISTAT (2015) *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*; (c) Ministero della Salute (2015a) *Rapporto SDO 2014*; (d) ISTAT (2015b) *Spesa Sociale dei Comuni*

Guardando all'effettiva capacità produttiva di cui un sistema di offerta così definito è in grado di dotarsi, è emerso come la rete di offerta dedicata agli anziani non autosufficienti, se inserita nel complesso della rete rappresenti circa il 68,8% della disponibilità dei (369.739 posti complessivi) servizi della più ampia rete sociosanitaria e sociale³ inclusiva di tutti i target sociali. In particolare, la Tabella 1 offre una fotografia del livello di dotazione a livello di sistema Paese. In aggiunta alla dotazione di posti disponibili in strutture

3. Comprensiva, quindi, della capacità produttiva dedicata alla presa in carico di soggetti disabili, minori in condizione di disagio, individui affetti da disturbi di salute mentale e da dipendenza patologica.

residenziali e semiresidenziali, sono state inserite le ore erogate in servizi domiciliari. Si osserva come la capacità produttiva del sistema di offerta (254.321 posti) appaia maggiormente orientata alla fornitura di servizi di tipo sociosanitario che non a servizi di tipo sociale; i primi rappresentano infatti il 91,7% (233.317) del totale dei posti disponibili presi in esame. Inoltre, solo una minima parte dei servizi è di tipo semiresidenziale (14.352; 5,6% del totale) e, fra i servizi di tipo residenziale (239.969), il 91,2% (218.965) è rappresentato da strutture che prevedono una componente sanitaria nell'attività di assistenza⁴, perlopiù RSA.

A completamento della fotografia, si è approfondita la dimensione relativa all'utenza presa in carico. Similmente a quanto appena descritto per la capacità produttiva, analizzando la rete sociosanitaria e sociale nel suo complesso, il numero di utenti anziani non autosufficienti in carico ai servizi rappresenta la quota più rilevante (1.323.865; 48,0%) di utenti genericamente in carico ai servizi (2.756.831 persone)⁵. In particolare, la Tabella 2 riporta gli utenti in carico seguendo la logica della tipologia di servizio fruito. Anche in questo caso si conferma come i servizi per anziani appaiano essere maggiormente focalizzati sull'area sociosanitaria (57,4% del totale dei servizi per anziani analizzati) rispetto all'area sociale (42,6%). Tale prevalenza è da ricondurre ai servizi di tipo residenziale, dove il 98,1% degli utenti risulta essere inserito in strutture che prevedono un'integrazione sanitaria (206.636 utenti), e ai servizi di tipo domiciliare, dove l'ADI coinvolge il 77,1% degli utenti (529.838; il SAD invece si attesta su 157.364 unità, ossia il restante 22,9%). Gli utenti anziani in carico ai servizi di tipo semiresidenziale si distinguono invece dai precedenti in quanto solo il 5,5% (23.233) di essi risulta frequentare centri diurni che prevedono un'assistenza di tipo sociosanitario, mentre il restante 94,5% (402.710) frequenta centri sociali finalizzati alla socializzazione e allo svolgimento di attività ludico-ricreative, sociali, educative, culturali, sportive.

Conoscere bisogno potenziale, mappatura della dotazione della rete di offerta e utenti in carico ha quindi permesso di procedere alla stima del tasso di copertura del bisogno, calcolato come rapporto tra il numero di utenti in carico ai servizi considerati e la stima del bisogno potenziale⁶. Questo indicatore (i) permette di mettere in relazione le dimensioni

4. Il numero di posti letto relativo ai servizi residenziali sociosanitari e sociali è stato individuato con riferimento al livello di assistenza sanitaria previsto: i posti letto con livello di assistenza sanitaria «basso», «medio» e «alto» sono stati assegnati ai servizi residenziali sociosanitari; i posti letto con livello di assistenza sanitaria «assente» ai servizi residenziali sociali (ISTAT, 2015a). Tale suddivisione è stata adottata anche per i target successivamente trattati.

5. Anche in questo caso, si fa riferimento alla presa in carico di soggetti disabili, minori in condizione di disagio, individui affetti da disturbi di salute mentale e da dipendenza patologica.

6. Dove possibile, il tasso di copertura è stato distinto fra servizi sociosanitari e servizi sociali, suddivisione operata nel tentativo di ridurre il rischio di sovrapposizioni fisiologicamente presenti in tali ambiti e che non permette di valorizzare il tasso di copertura complessivo.

presidiate e (ii) di fornire un'indicazione dell'effettiva capacità di presa in carico e di risposta al bisogno del sistema. Complessivamente, il tasso di copertura relativo agli anziani non autosufficienti risulta pari al 28,0% del bisogno potenziale per i servizi sociosanitari e al 20,8% per quanto concerne la fruizione di servizi sociali (Tabella 3). Di fronte a tali valori, sorge spontaneo chiedersi se essi possano essere considerati come il raggiungimento comunque di un livello di copertura accettabile, considerando le contenute risorse in gioco e la complessità dell'ambiente e del target di riferimento, oppure, considerando l'approccio universalistico che il sistema di welfare italiano ha storicamente cercato di promuovere, se non si tratti di valori estremamente contenuti su cui riflettere in una logica di riposizionamento istituzionale e ricomposizione di risorse. Una terza ipotesi, poi, potrebbe riguardare il fatto che la copertura del bisogno attraverso i servizi sinora esaminati sia integrato dal ricorso alla rete ospedaliera o al mercato della cura informale, ipotesi che è stato oggetto di studio nelle analisi sulla filiera complessiva presentate nei paragrafi seguenti.

Tabella 2. Utenti in carico alla rete di offerta per target d'utenza

Target	Tipo di servizio	Utenti in carico	
		SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Residenziale	206.636	4.084
	Semiresidenziale	23.233	402.710
	Domiciliare (ADI e SAD)	529.838	157.364

Fonti: (a) Ministero della Salute (2015b) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) ISTAT (2015a) *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*; (c) Ministero della Salute (2015a) *Rapporto SDO 2014*; (d) ISTAT (2015b) *Spesa Sociale dei Comuni*

Tabella 3. Tassi di copertura del bisogno per target di riferimento

Target	Descrizione target	Pop. di riferimento	Stima bisogno potenziale	Utenti in carico ai servizi	Tasso di copertura servizi socio sanitari	Tasso di copertura servizi sociali
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Anziani (> 65 anni) con limitazioni funzionali	12.639.829	2.713.406	1.323.865	28,0%	20,8%

Fonti: (a) Ministero della Salute (2015b) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) ISTAT (2015a) *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*; (c) Ministero della Salute (2015a) *Rapporto SDO 2014*; (d) ISTAT (2015b) *Spesa Sociale dei Comuni*

Spingendo l'analisi oltre il confine dei servizi pubblici di natura sociosanitaria e sociale e includendo gli interventi di supporto al reddito e alla permanenza la domicilio, sono 1.362.867 gli utenti raggiunti dai servizi di supporto alla persona finalizzati a favorirne la permanenza presso il domicilio⁷, per un valore complessivo di € 310.254.509, mentre le misure economiche erogate dai comuni⁸ raggiungono 222.549 di anziani non autosufficienti, per un valore complessivo di € 351.990.348. In aggiunta a tali trasferimenti, è opportuno ricordare che fanno parte delle erogazioni a favore dei target anziani non autosufficienti e disabilità i contributi INPS per interventi non pensionistici e assistenziali, che nel 2012 raggiungevano un valore complessivo di € 41.116.000; fra essi un ruolo fondamentale viene giocato dalle Indennità di Accompagnamento (INPS, 2013).

7. Si includono i servizi sociali professionali, di intermediazione abitativa, per l'integrazione sociale, di prossimità, di telesoccorso e teleassistenza, voucher, assegni di cura, buoni sociosanitari e altri servizi di supporto.

8. Si includono tutti i trasferimenti in denaro di provenienza comunale per il pagamento di interventi e servizi. Per approfondimenti è possibile consultare il Glossario ISTAT relativo all'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati (ISTAT, 2015b).

3. Le analisi sulla filiera dei servizi: possiamo parlare di una rete della presa in carico degli anziani?

Date le premesse e le evidenze emerse dalla analisi limitata al solo settore sociale e sociosanitario, l'osservazione della rete assistenziale di cui fruiscono gli anziani è stata estesa ad includere altre tipologie di servizi e offerta al fine di ricostruire una vera e propria filiera della presa in carico. La domanda che è sorta spontanea a stimolo di questo tentativo è stata: se il livello di copertura del fabbisogno garantito dalla rete sociale e sociosanitaria, quali sono le dimensioni effettive della filiera della presa in carico degli anziani nel nostro Paese? Parliamo di filiera della presa in carico per evidenziare come la risposta ai bisogni delle famiglie che affrontano la gestione di un anziano caro passi attraverso una molteplicità di servizi, luoghi e istituzioni funzionali all'evolversi del bisogno, complementari nelle loro caratteristiche, ma anche "supplementari" nei potenziali vuoti di offerta del sistema pubblico. Non è sufficiente infatti limitare l'analisi al settore sociale e sociosanitario: l'esperienza e la letteratura ci dicono infatti che, quando si parla di cittadini anziani e non autosufficienti, questa filiera parte dall'ospedale per acuti, prosegue nell'ospedale con funzione di riabilitazione o lungodegenza post-acuta, si articola nel territorio con la rete territoriale delle cure intermedie e delle strutture residenziali e semiresidenziali sociosanitarie e sociali (su tutte, le Residenze Sanitarie Assistenziali o RSA) per arrivare alla casa d'origine con l'assistenza al domicilio tramite servizi pubblici (SAD o ADI), o ancora assistenza informale prestata da assistenti familiari, più o meno formalizzate e più o meno specializzate (le cosiddette "badanti"). A questi setting di servizi è da aggiungere la diffusione della Indennità di Accompagnamento come misura universale di supporto alla non autosufficienza.

L'insieme di questi *setting* assistenziali rappresenta idealmente una rete a disposizione delle famiglie e degli anziani, i cui nodi dovrebbero attivarsi in modo differenziato a seconda dell'evolversi dei bisogni e alternandosi nel tempo in funzione dell'intensità e della durata del bisogno. Ma siamo oggi in presenza di una rete vera e propria? Quali schemi utilizzano gli anziani nell'accesso ai diversi nodi di questa rete? È possibile individuare dei pattern a livello regionale che mostrano il funzionamento di questa rete e le relazioni tra i diversi *setting*?

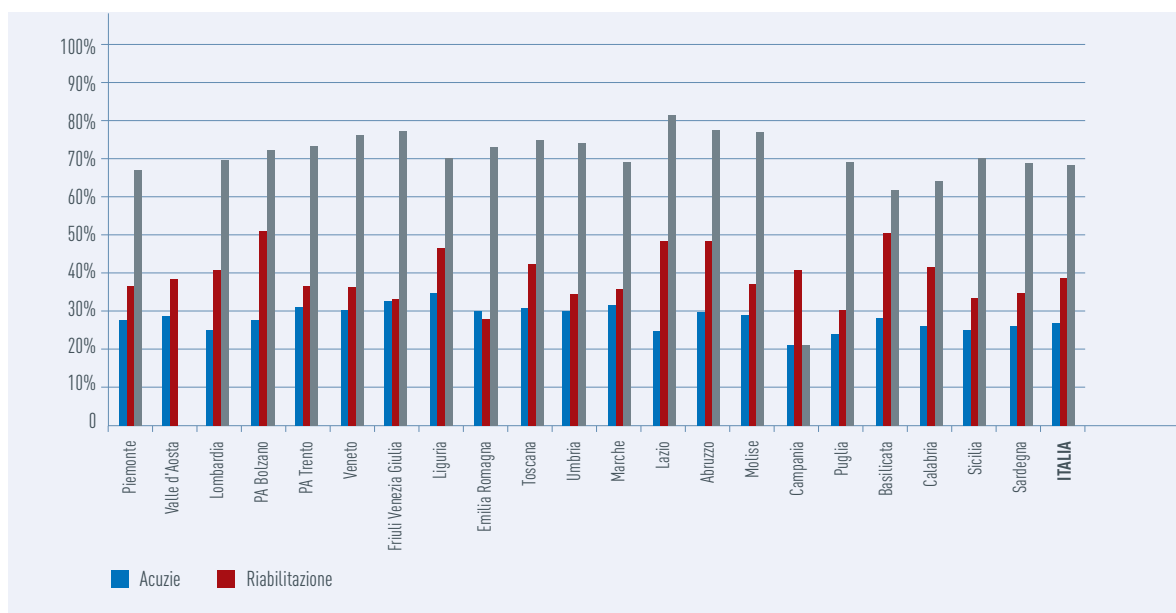
Per rispondere a queste domande sono state svolte analisi dettagliate che ricostruiscono nelle regioni italiane i volumi complessivi del ricorso ai diversi *setting* assistenziali citati sopra da parte degli anziani non autosufficienti. Questa parte di analisi sono state elaborate restringendo la popolazione oggetto di analisi alla popolazione over75 e non autosufficiente: si è voluto restringere il campo di analisi per limitare le osservazioni alla parte di popolazione che è quella che con maggior frequenza e intensità ricorre ai servizi considerati. La popolazione più giovane (tra i 65 e i 74 anni) presenta un tasso di non autosufficienza molto più basso e caratteristiche che li collocano più vicini al mondo dell'*active ageing*, come ben rappresentato in altre parti di questo rapporto.

4. Gli anziani e il ricorso all'ospedale

La letteratura e i dati internazionali confermano la tendenza generale che vede un aumento dell'incidenza del ricorso a ricoveri ospedalieri al crescere dell'età della popolazione, intuitivamente spiegabile alla luce di un progressivo peggioramento delle condizioni di salute generali all'avanzare dell'età e dell'insorgere di alcune patologie e disturbi tipici della vecchiaia. Questo fenomeno è verificato anche in Italia, dove, a fronte di un volume complessivo di attività di 7.262.813 ricoveri in regime ordinario nel corso del 2012, quelli che riguardano gli over65 e gli over75 rappresentavano rispettivamente il 45,3% (3.287.676) e il 27,8% (2.017.670). Data la rilevanza del fenomeno, si è scelto di presidiare alcune dimensioni per dare evidenza delle principali specificità che lo riguardano, approfondendo tre distinti e progressivi livelli d'analisi a grado di approfondimento crescente:

- Incidenza dei ricoveri ordinari per over65 e over75 per tipo di attività erogata, ottenuta rapportando il totale dei ricoveri erogati per i due target considerati rispetto al totale regionale.
- Proporzioni di ricoveri con DRG medico rispetto ai ricoveri ordinari con DRG chirurgico per pazienti over65 e over75, confrontando tale distribuzione tra le diverse realtà regionali.
- Distribuzione dei ricoveri con DRG medico per over65 e over75 guardando alla tipologia di attività svolta e alle singole dimensioni regionali.

Figura 1. Incidenza ricoveri RO di pazienti over75 per Regione e per singolo tipo di attività sul totale ricoveri RO (2012)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati SDO, Ministero della Salute

Di seguito si riportano alcune evidenze specificamente riferite agli over75 e alle prime due dimensioni presidiate. In particolare, la Figura 1 riassume il primo livello di analisi. Nel caso dell'attività per acuti, i ricoveri in regime ordinario per pazienti over75 a livello nazionale rappresentano una quota importante del totale, ma comunque non maggioritaria (26,6%). Spicca l'incidenza percentuale fatta registrare da Liguria (34,2%) e Friuli Venezia Giulia (32,6%); i valori più contenuti sono invece registrati in Campania (21,1%) e Puglia (23,8%). Rispetto all'attività riabilitativa, i ricoveri per pazienti over75 rappresentano quasi 2/5 dell'intera assistenza riabilitativa ospedaliera del Paese (media nazionale: 38,8%). Si registrano importanti differenze interregionali, testimoniate dai valori superiori al 50% fatti segnare da PA Bolzano (50,7%) e Basilicata (50,3%) e da quelli intorno al 30% registrati in Emilia Romagna (27,5%) e Puglia (30,0%). Guardando alla lungodegenza, considerando la condizione di fragilità in cui versano gli individui del target considerato, non sorprende che per questo tipo di attività i ricoveri per pazienti over75 rappresentino una quota particolarmente rilevante del totale dei ricoveri per lungodegenza complessivamente erogati nel Paese (media nazionale pari al 68,3%). In particolare, il Lazio (81,5%) registra un valore che supera la soglia dell'80%, mentre sono quattro le Regioni a fare segnare un valore inferiore al dato nazionale (Campania: 20,8%; Basilicata: 61,5%; Calabria: 64,2%; Piemonte: 66,8%).

Il secondo livello di analisi guarda, invece, alla composizione dell'attività erogata in regime ordinario per il target considerato, utilizzando come determinante l'appartenenza del DRG della prestazione alla branca medica o chirurgica (vedi Fig. 2). In particolare, emerge come a livello nazionale il 72,6% (1.465.289) dei ricoveri in regime ordinario che coinvolgono pazienti con oltre 75 anni di età afferiscono alla branca medica. Anche in questo frangente si segnala una certa differenza interregionale in termini di incidenza percentuale: l'indicatore fa segnare valori che muovono dal 67,2% del Piemonte all'80,3% della PA di Trento.

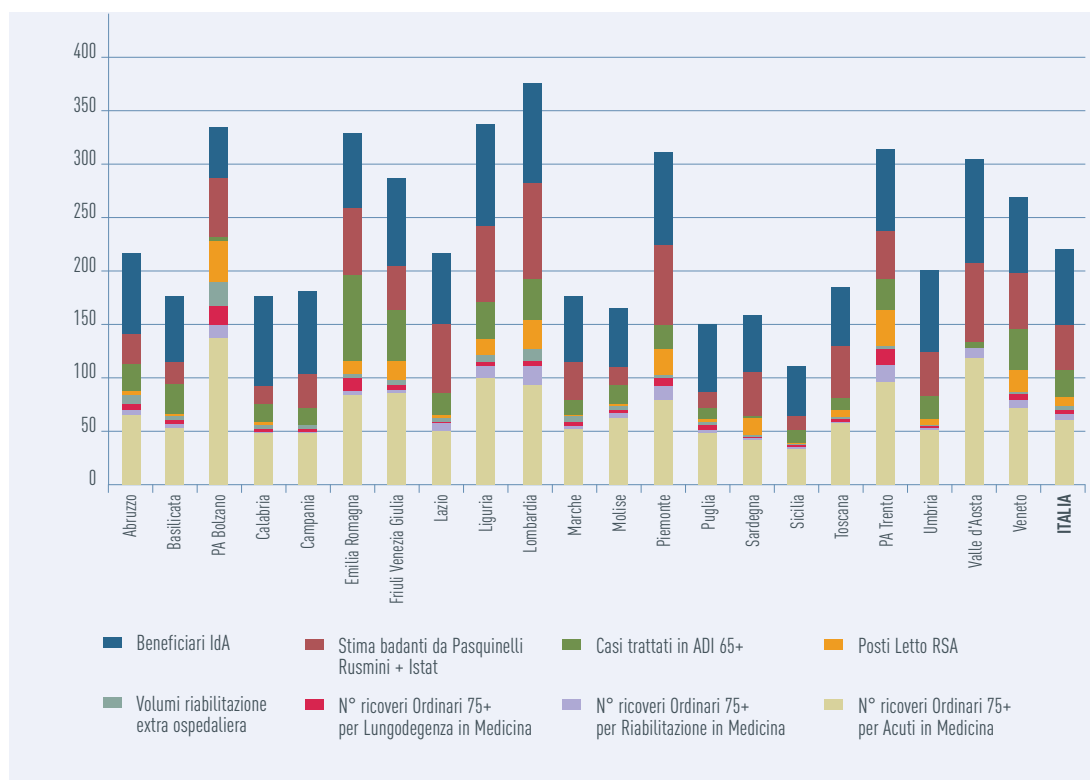
La scelta di circoscrivere, poi, l'analisi ai soli ricoveri caratterizzati da DRG medico deriva (i) dalla consapevolezza che rispetto alla branca chirurgica esistono maggiori spazi e margini dove poter «nascondere» fenomeni di inappropriatazza del ricovero e, (ii) seppur in via residuale, dalla maggior incidenza relativa che essi hanno mostrato di avere. Alla condizione di fragilità e all'insorgere di disturbi di varia natura che derivano dal progressivo invecchiamento fisico, dunque, potrebbe affiancarsi l'altrettanto crescente difficoltà di comprendere se il bisogno espresso faccia riferimento a una risposta di tipo sanitario o meno. Infatti, all'aumentare dell'età diventa sempre più difficile distinguere, tra le motivazioni dei ricoveri, quelle che esprimono un puro bisogno sanitario (ad esempio in relazione a specifici trattamenti terapeutici o chirurgici) da quelle che sottendono un vero e proprio bisogno assistenziale più generale. Tipico è ad esempio il caso dei ricoveri di anziani affetti di diabete che registrano manifestazioni acute della patologia e arrivano in ospedale. Tipicamente, se presente una terapia farmacologica adeguata e uno

stile di vita corretto, il diabete non rientra tra le patologie che necessitano di cure ospedaliere, ma spesso accade che anziani soli non seguano correttamente le prescrizioni riguardanti l'assunzione dei farmaci e non rispettino le indicazioni circa la dieta e l'attività fisica, arrivando a crisi e conseguenti ricoveri. In situazioni come queste è molto difficile arrivare a comprendere quale sia stata la causa del ricovero, se la patologia di per se o il fatto di essere individui tendenzialmente soli e non integrati in un network o nucleo attivo, generando confusione e sovrapposizione tra le reti sanitarie e sociosanitarie.

5. La filiera dell'offerta assistenziale nelle diverse regioni italiane e il livello di copertura del bisogno stimato

Volendo ricostruire la filiera complessiva, ai dati già presentati e riguardanti i servizi sociosanitari sono stati affiancati quelli riguardanti i ricoveri ospedalieri (che come visto sopra rappresentano una quota molto rilevante della produzione annuale SSN complessiva) e gli altri *setting* citati. Le analisi svolte e presentate di seguito mostrano come prima cosa l'articolazione interna della rete di offerta delle diverse Regioni. Emergono alcune caratteristiche ricorrenti e alcune peculiarità. Immaginando di considerare pari a 100 la filiera complessiva di ogni Regione (le singole barre del grafico) risultano evidenti due fenomeni: (i) in tutte le Regioni le Indennità di Accompagnamento (IdA) corrispondono a circa il 30% dell'offerta complessiva, così come i ricoveri ordinari (nelle tre accezioni considerate) e (ii) nella rete sociosanitaria (rappresentata nella zona centrale delle barre) e di assistenza informale (data da INPS e da stima delle badanti) emergono le differenze più importanti.

Figura 2. Presa in carico della non autosufficienza nelle Regioni italiane: dotazione dell'offerta ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti, dati 2012



Fonte: elaborazioni degli autori su dati SDO, Ministero della Salute

Guardando invece ai valori assoluti in termini di dotazione di offerta ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti, emergono in modo più chiaro le differenze regionali (Figura 2). Se il numero di IdA sembra essere sufficientemente omogeneo nelle diverse Regioni, grande variabilità appare se si considerano tutte le altre dimensioni. Alcune Regioni (Lombardia, Bolzano, Trento, Val d'Aosta, Liguria, Piemonte) presentano tassi di ricovero ordinario in medicina vicini o superiori al 100 ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti. La composizione della rete sociosanitaria è allo stesso modo molto variabile: in alcune Regioni è quasi irrilevante (Val d'Aosta, Lazio, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana); in altre vede una netta prevalenza delle strutture residenziali (posti letto in RSA) (Bolzano, Trento, Lombardia, Piemonte); in altre ancora una netta prevalenza dell'assistenza domiciliare (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Abruzzo, Basilicata).

Tabella 4. Tassi di copertura del bisogno tramite lungo assistenza pubblica o informale

Per la popolazione non autosufficiente over75:	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi pubblici (RSA)	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi informali (badanti)	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi pubblici + informali
Sicilia	0,45%	13,49%	13,94%
Molise	0,29%	16,08%	16,37%
Basilicata	0,95%	16,89%	17,84%
Puglia	2,21%	16,43%	18,64%
Calabria	1,92%	19,54%	21,47%
Abruzzo	3,30%	27,94%	31,24%
Campania	0,44%	33,49%	33,92%
Marche	2,11%	35,90%	38,01%
Sardegna	0,13%	42,49%	42,62%
Umbria	4,17%	41,75%	45,92%
Toscana	7,36%	48,46%	55,82%
Friuli Venezia Giulia	20,38%	40,51%	60,88%
Lazio	2,33%	66,03%	68,36%
Veneto	19,35%	52,65%	72,00%
Emilia - Romagna	11,25%	61,85%	73,10%
Valle d'Aosta	0,19%	74,64%	74,83%
Trento	34,78%	43,98%	78,75%
Liguria	14,89%	71,03%	85,92%
Bolzano/Bozen	39,31%	54,82%	94,13%
Piemonte	24,22%	75,51%	99,73%
Lombardia	27,83%	89,20%	117,03% ⁹

9. Avendo calcolato il dato di copertura del bisogno sulla popolazione non autosufficiente over75 e non su quella over65 (come sopra), i tassi di copertura presentati in questa tabella risultano più alti rispetto a quelli precedentemente commentati. In particolari valori molto vicini o addirittura superiori al 100% devono essere interpretati avendo presente che sebbene la popolazione di riferimento sia stata ristretta a quella over75, la dotazione della rete di offerta così come il ricorso alle badanti può avvenire anche per gli over65.

Dopo aver osservato la composizione delle diverse filiere di presa in carico regionali, gli stessi dati sono stati utilizzati per stimare il tasso di copertura del bisogno riferito ai cittadini over75 non autosufficienti delle Regioni e considerando solo due *setting* tra quelli citati: la dotazione di strutture residenziali per anziani (le RSA) e la stima delle badanti¹⁰ presenti nei diversi territori. Queste due modalità assistenziali sono state isolate dalle altre perché rappresentano le due alternative di risposta assistenziale di lungo periodo più appropriate, essendo di fatto le due più direttamente attinenti alla condizione di non autosufficienza.

Nonostante l'aver considerato la popolazione non autosufficiente over75 un criterio molto stringente rispetto al tradizionale dato demografico (i non autosufficienti over75 sono stimati in Italia pari a 2.131.570 mentre il dato puro demografico è pari a 6.305.738) la maggior parte delle Regioni presenta tassi di copertura del bisogno tramite servizi di lungo assistenza pubblici (RSA) tra lo 0 e il 30%. Questo valore sale se consideriamo la copertura del bisogno tramite badanti. In ogni caso rimangono in tutto il territorio nazionale delle ampie zone di "scopertura" presumibilmente gestite o tramite autoorganizzazione delle famiglie, o tramite ricorso ad altri *setting* assistenziali, o tramite l'assenza completa di assistenza.

5.1 Le relazioni tra i diversi setting assistenziali: modelli e pattern regionali

Per comprendere se esistono pattern o modelli ricorrenti di ricorso alla filiera dei servizi, oltre che l'esistenza di relazioni tra questi, e rispondere quindi alle domande poste rispetto alle modalità di ricorso ai diversi setting assistenziali, sono state confrontate quattro coppie di dimensioni, tipicamente considerate come alternative nella risposta al bisogno:

1. **Ricoveri ospedalieri ordinari vs Inserimento in RSA:** posizionamento delle Regioni rispetto al mix tra dotazione di servizi di lungo-assistenza (strutture tipo RSA) in rapporto al ricorso a ricoveri ospedalieri in regime ordinario in medicina da parte di cittadini over75.
2. **Ricoveri ordinari in strutture intermedie (Lungodegenza e Riabilitazione) vs Ricoveri ordinari per acuti:** confronto basato sul

10. La stima del numero di badanti è stata ottenuta seguendo il metodo presentato da Pasquinelli e Rusmini (2013). Il metodo di stima prevede di sommare il dato sui collaboratori domestici regolarmente presenti nelle diverse regioni italiane e ipotizzati come dedicati alla cura delle persone anziane, alla stima delle "badanti" irregolari presenti nelle diverse regioni. Il numero dei collaboratori domestici regolari dedicati alla cura degli anziani è dedotto dal totale dei collaboratori domestici e stimato pari al 50%. Sulla base del procedimento di calcolo di Pasquinelli e Rusmini, adattato per l'anno 2012, il numero dei lavoratori regolari è stato considerato pari al 40% dei *caregiver* famigliari di ogni regione. In modo indiretto sono stati quindi calcolati il totale dei *caregiver* famigliari e la componente irregolare.

fenomeno dei ricoveri ospedalieri dei cittadini over75. Considerando i soli ricoveri ordinari in medicina, in quanto quelli più facilmente considerabili come possibile risposta assistenziale ai bisogni derivanti dalla non autosufficienza, si è voluto indagare se esistessero differenze tra il ricorso a ricoveri per acuti oppure in riabilitazione o lungodegenza.

3. Rete lungo-assistenza (Lungodegenza + Riabilitazione + RSA) vs Ricoveri ordinari per acuti: confronto tra i ricoveri per acuti e quelli riguardanti la lungo-assistenza e la filiera post-acuzie nel suo complesso (ricorso a RSA, a riabilitazione extra-ospedaliera e ospedaliera e lungodegenza ospedaliera)

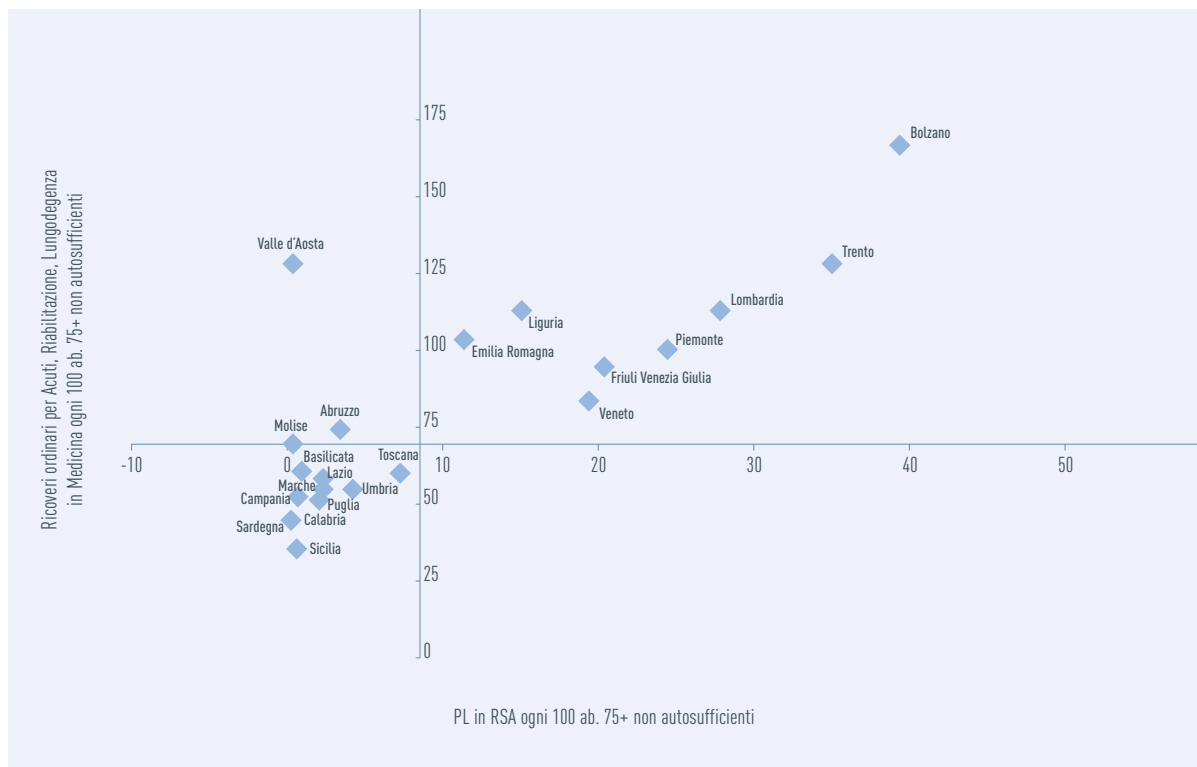
4. Cura informale vs Inserimento in RSA: relazione tra il ricorso a “badantato” e la rete di offerta delle strutture sociosanitarie per anziani.

L'ipotesi alla base delle analisi era che, in assenza o in scarsa presenza di rete di servizi di lungo-assistenza (come nel caso di tutto il territorio italiano) è possibile immaginare un maggior ricorso alla rete ospedaliera e agli altri *setting* assistenziali come modalità sostitutiva di presa in carico (teoria dei «vasi comunicanti»).

Dai dati emerge invece che in quei contesti dove il tasso di copertura del bisogno degli anziani non autosufficienti è più basso, anche il ricorso ai ricoveri ospedalieri, alle cure territoriali e alla cura informale è più basso. In quei contesti dove il tasso di copertura del bisogno tramite *setting* sociosanitario è più alto, anche il ricorso agli altri *setting* è più alto.

A titolo esemplificativo, si riporta una delle rappresentazioni realizzate a supporto dei risultati appena descritti: dal grafico si nota un trend (confermato anche dagli altri confronti proposti) che mostra una chiara dicotomia tra le Regioni con un posizionamento nel 1° quadrante (che presenta i valori più alti su entrambi gli assi) e il 3° quadrante (che presenta i valori più bassi per entrambi gli assi). Le Regioni che hanno una più alta dotazione di posti letto in RSA (quindi quelle con tasso di copertura del bisogno maggiore) sono quelle che presentano anche dati di maggior ricorso da parte degli over75 a ricoveri ospedalieri ordinari, siano essi per acuti, riabilitazione o lungodegenza.

Figura 3. Ricoveri ospedalieri ordinari vs Inserimento in RSA: posizionamento delle Regioni rispetto al totale dei Ricoveri Ordinari in Medicina e ai posti letto in RSA – ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti



Fonte: elaborazioni degli autori su dati SDO, Ministero della Salute

Rispetto alle altre analisi svolte, si confermano gli stessi risultati:

- non esistono differenze sostanziali tra le diverse tipologie di ricovero in ospedale. Infatti, nelle Regioni dove il numero di ricoveri per acuti è più alto e dove è più ampia la copertura del bisogno anche il ricorso a ricoveri in riabilitazione o lungodegenza è maggiore;
- anche rispetto alla relazione tra ricoveri per acuti e lungo-assistenza e filiera post-acuzie nel suo complesso (ricorso a RSA, a riabilitazione extra-ospedaliera e ospedaliera e lungodegenza ospedaliera) emerge un chiaro effetto combinato e incrementale che posiziona le Regioni con maggiore dotazione e fruizione della rete della lungo-assistenza e post-acuzie tra quelle con più alto ricorso ai ricoveri per acuti;
- anche rispetto al ricorso al “badantato” rapportato alla rete di offerta delle strutture socio-sanitarie per

anziani emerge in modo evidente che i contesti territoriali dove la rete dei servizi è più sviluppata sono anche quelli dove maggiore è il ricorso alle cure informali di badanti e simili.

Obiettivo delle analisi svolte era di verificare ed analizzare l'eventuale esistenza di modelli regionali differenti con riguardo ai volumi complessivi dell'offerta e dei servizi erogati agli anziani non autosufficienti (siano essi over65 o over75). Se era lecito aspettarsi che nelle regioni dove la dotazione di offerta sociosanitaria è più limitata, fosse più alto il ricorso da parte degli anziani all'ospedale e al territorio o, in alternativa, alla cura informale, i dati mostrano al contrario una relazione diretta tra la fruizione di tutti i diversi servizi considerati, dal ricovero ospedaliero alla presenza di badanti.

Quali possono essere le ragioni che motivano un fenomeno di questo tipo? Diverse alternative sono state considerate. Su tutte, il «classico» tema della "offerta che genera domanda" o, in alternativa, la constatazione di un ancora esistente divario tra nord e sud nella dotazione complessiva dell'offerta dei servizi compensato dal permanere di diversi modelli familiari e culturali della presa in carico dell'anziano. A queste si deve aggiungere la rilevanza del tema della programmazione e del governo pubblico.

5.2 Come possiamo interpretare questi fenomeni?

Al fine di raccogliere il punto di vista del programmatore pubblico e di sistematizzare possibili interpretazioni, sono stati condotti ulteriori analisi tramite il metodo dei *focus group*. I dati e le evidenze prodotte rispetto alle relazioni tra i diversi *setting* assistenziali sono stati oggetto di discussione con esperti e addetti ai lavori del settore sanitario e sociale, con l'obiettivo di comprendere meglio e più da vicino il fenomeno rappresentato e avanzare possibili ipotesi interpretative. Alla discussione hanno partecipato dirigenti pubblici e massimi esperti del sistema.

Le possibili ipotesi interpretative considerate ruotano intorno a quattro diversi gruppi di considerazioni:

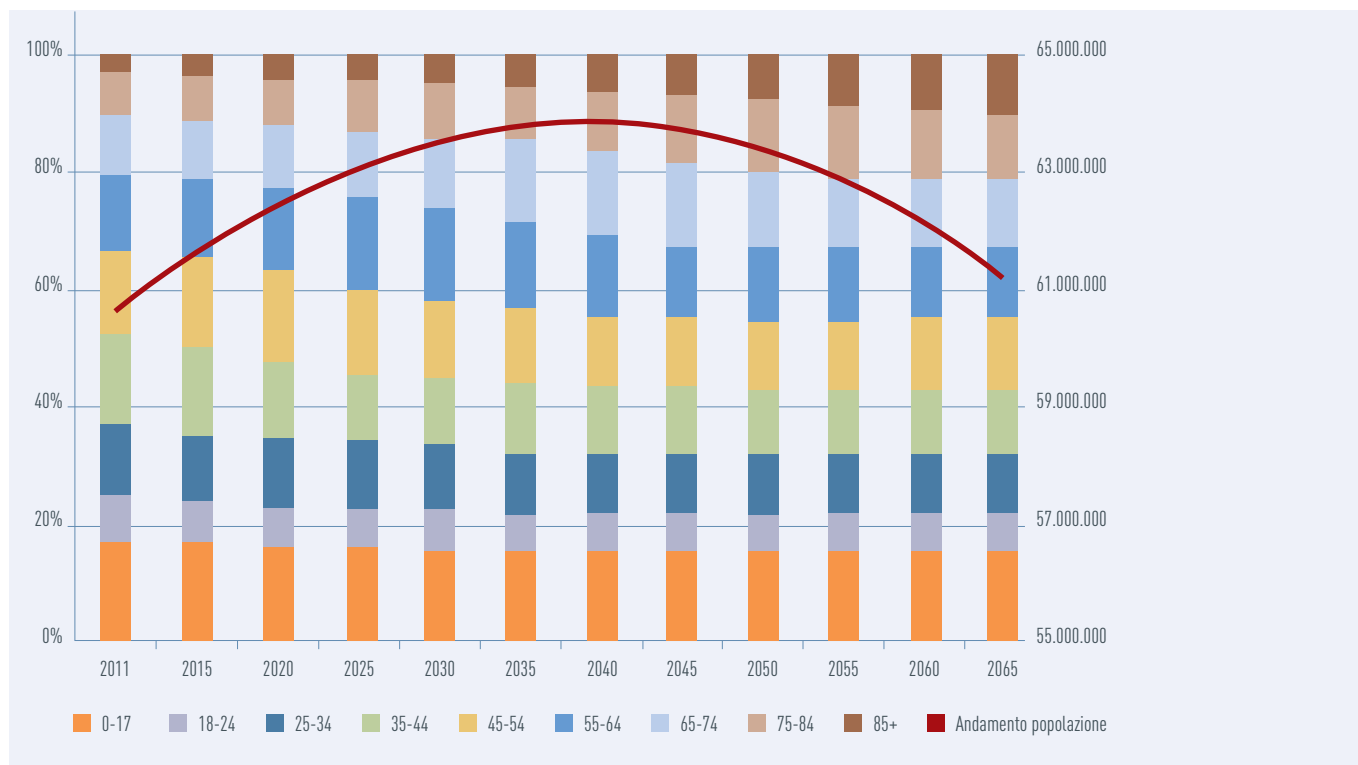
- 1. Il nodo delle cure intermedie:** una possibile interpretazione discussa ha riguardato le caratteristiche e le specificità dei servizi di cure intermedie e territoriali. Dati i risultati presentati si potrebbe arrivare a supporre che lo snodo non funzionante sia proprio quello delle cure intermedie, attualmente non adeguate a rispondere ai bisogni degli over75 che, quindi, fanno ricorso agli accessi ospedalieri o alla cura informale in modo aggiuntivo e non sostitutivo agli altri *setting* ospedalieri.
- 2. Diversi gradi di attenzione nella presa in carico:** la relazione diretta tra la fruizione dei diversi *setting* assistenziali potrebbe essere motivata dal fatto noto in letteratura che l'essere inseriti in un *setting* assistenziale di qualsiasi tipo fa aumentare il livello di attenzione e monitoraggio sulla salute e

le condizioni dell'utente da parte del *care giver*, chiunque esso sia. Questo fa sì che si generi domanda autoindotta più alta di quanto non accade per anziani soli o al di fuori di qualsiasi *setting* assistenziale.

3. L'offerta crea la domanda: una ulteriore motivazione considerata è quella che riconosce come nei contesti regionali dove più si sono sviluppate modalità di offerta alternative all'ospedale, queste non hanno generato l'effetto sostituzione auspicato (tra ospedale e cure intermedie/territoriali) ma al contrario hanno generato maggiori volumi di attività (fenomeno dell'offerta che crea la domanda) anche in mancanza di una regia complessiva da parte della programmazione pubblica.

4. Insufficienza della rete di offerta: il ricorso massiccio a qualsiasi *setting* assistenziale disponibile è altresì motivabile considerando che, in ultima analisi, in qualsiasi contesto regionale il livello quantitativo di presa in carico degli anziani è inferiore al bisogno complessivo. Per questo motivo qualsiasi *setting* assistenziale disponibile viene saturato dagli utenti over75.

Figura 4. Andamento della popolazione in termini assoluti e distribuzione percentuale per fasce d'età (2011-2065)



Fonte: rielaborazione da dati ISTAT

5.3 Trend futuri, possibili prospettive e punti di attenzione

Il quadro che emerge dall'analisi condotta è particolarmente interessante e offre diversi spunti di riflessione per il ripensamento del ruolo del comparto sociosanitario nell'economia del sistema di welfare italiano. Soprattutto in chiave prospettica, con un orizzonte temporale di medio-lungo periodo, è interessante chiedersi se e come un sistema siffatto sia sostenibile nel tempo, scontrandosi con le crescenti pressioni derivanti dal progressivo invecchiamento della popolazione e un conseguente aumento della domanda potenziale. In quest'ottica, si è cercato di proporre un esercizio che andasse oltre la fotografia dell'attuale condizione, provando a immaginare come potrebbe potenzialmente evolvere il sistema nel suo complesso.

Da una prima rilevazione di contesto basata sulla stima del trend demografico nei prossimi cinquant'anni promossa da ISTAT, la Figura 4 sintetizza due dimensioni di estremo rilievo: (i) la stima del trend, in termini assoluti, della numerosità complessiva della popolazione (linea di tendenza) e (ii) la sua distribuzione nelle diverse fasce d'età (barre). Rispetto a tali dimensioni, è possibile sottolineare due importanti fenomeni: (i) la numerosità della popolazione tenderà ad aumentare sino al 2040 circa (seppur di poco: 3,6%), per poi intraprendere un più accelerato trend di riduzione; (ii) la fascia di popolazione over65, che ad oggi compone poco più del 20% della popolazione complessiva, sembra destinata a superare la soglia del 30% entro il 2040. Tali evidenze sottolineano la necessità di avviare serie riflessioni rispetto all'organizzazione dell'offerta per un problema, quello della non autosufficienza della popolazione più anziana, destinato inevitabilmente ad aumentare.

A partire da tali premesse, è stata condotta un'analisi che cercasse di rispondere a due similari ma ben distinte domande di ricerca:

- A parità di tasso di prevalenza e a parità di offerta in RSA, come varierebbe il tasso di copertura del bisogno al variare della domanda potenziale?
- A parità di tasso di prevalenza e a parità di tasso di copertura attuale del bisogno, come dovrebbe variare la capacità produttiva dell'offerta al variare della domanda potenziale?

Queste due domande si basano su una ipotesi di lavoro molto forte e criticabile, ovvero quella di considerare solamente la rete di offerta in strutture residenziali. Questa ipotesi, in controtendenza rispetto al concetto di filiera e di modulabilità dei servizi presentato sopra e seguito in tutte le altre analisi, è stata necessaria al fine di rendere possibili le proiezioni e semplificare al massimo i risultati. Nel presentare queste analisi siamo consapevoli della loro limitatezza e delle criticità intrinseche in un approccio di questo tipo. L'obiettivo delle elaborazioni presentate non è quindi quello di rappresentare scenari esaustivi ma piuttosto di avviare una discussione basata su dati concreti che possa alimentare il dibattito corrente.

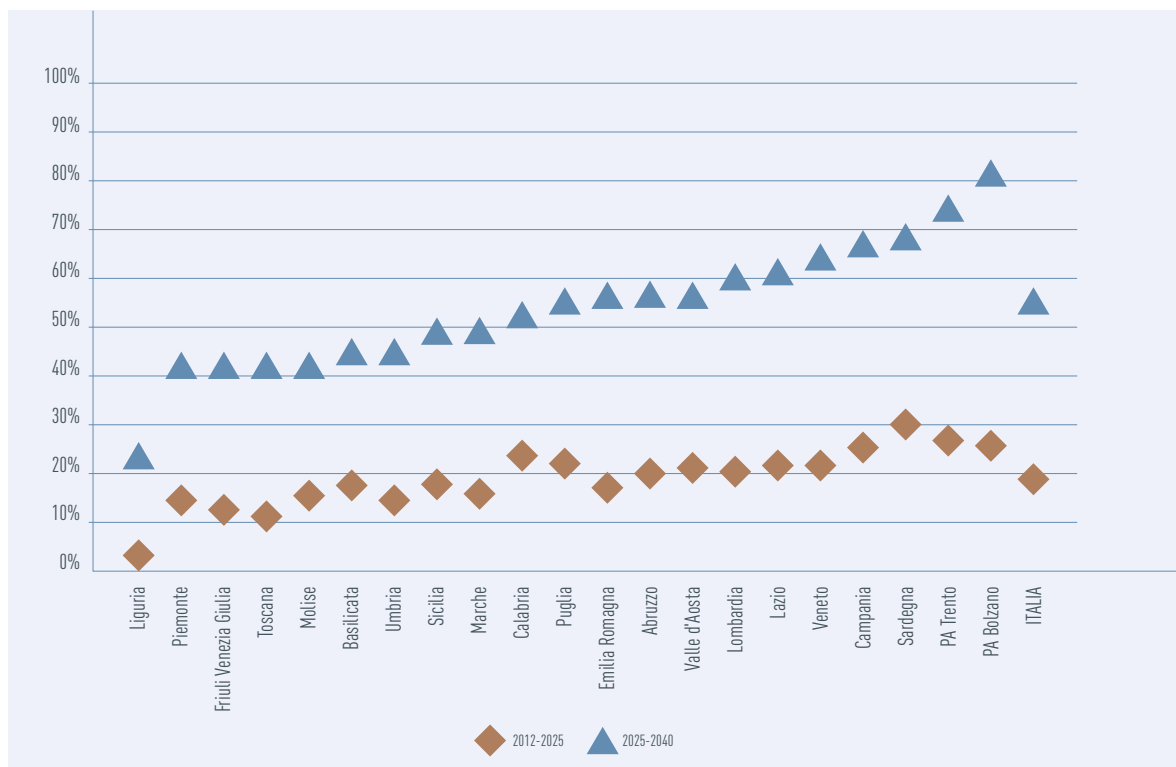
Fatta questa premessa, è stato valutato il possibile sviluppo futuro della copertura del bisogno sotto l'ipotesi di rete di offerta immutata. La Tabella 5 evidenzia che a parità di offerta di RSA e a fronte di un importante incremento della popolazione interessata, come prevedibile, il tasso di copertura del bisogno subirebbe una importante riduzione (specialmente se osserviamo il fenomeno in termini relativi), passando, a livello nazionale, dall'attuale 7,3% al 4,7% nel 2040 per gli over65 e dall'attuale 8,5% al 5,1% nel 2040 per gli over75. Rispetto a entrambi i cluster di popolazione considerati, sarebbero le PA di Trento e Bolzano a subire le maggiori ripercussioni: guardando agli over65 si verificherebbe una riduzione di circa 12-13 punti percentuali; rispetto agli over75 la riduzione sarebbe significativamente più rilevante, rispettivamente pari a circa 17 e 20 punti percentuali.

Tabella 5. Stima del tasso di copertura per over65 e over75: situazione attuale (2012) e prospettica (2025 e 2040)

REGIONE	OVER 65			OVER 75		
	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi sociosan pubblici (RSA) -2012	Tasso di copertura 2025 a parità di offerta in RSA	Tasso di copertura 2040 a parità di offerta in RSA	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi sociosan pubblici (RSA) -2012	Tasso di copertura 2025 a parità di offerta in RSA	Tasso di copertura 2040 a parità di offerta in RSA
Abruzzo	2,98%	2,49%	1,88%	3,30%	2,84%	2,09%
Basilicata	0,88%	0,75%	0,60%	0,95%	0,86%	0,64%
Calabria	1,69%	1,38%	1,09%	1,92%	1,61%	1,18%
Campania	0,35%	0,28%	0,21%	0,44%	0,34%	0,23%
Emilia Romagna	8,98%	7,73%	5,68%	11,25%	9,35%	7,11%
Friuli Venezia Giulia	15,27%	13,40%	10,59%	20,38%	15,87%	12,86%
Lazio	2,37%	1,94%	1,44%	2,33%	1,80%	1,35%
Liguria	10,40%	9,83%	8,28%	14,89%	13,07%	11,37%
Lombardia	17,90%	14,88%	10,97%	27,83%	20,98%	15,84%
Marche	2,32%	2,00%	1,53%	2,11%	1,81%	1,38%
Molise	0,27%	0,24%	0,19%	0,29%	0,27%	0,20%
Piemonte	16,25%	14,14%	11,28%	24,22%	19,74%	15,89%
Puglia	1,83%	1,48%	1,15%	2,21%	1,68%	1,26%
Sardegna	0,14%	0,11%	0,08%	0,13%	0,09%	0,07%
Sicilia	0,51%	0,43%	0,34%	0,45%	0,38%	0,28%
Toscana	7,79%	6,89%	5,40%	7,36%	6,11%	4,96%
PA Bolzano	28,70%	22,91%	15,58%	39,31%	28,51%	19,52%
PA Trento	26,49%	21,01%	14,99%	34,78%	26,67%	18,25%
Umbria	4,54%	3,96%	3,09%	4,17%	3,55%	2,81%
Valle d'Aosta	0,13%	0,10%	0,08%	0,19%	0,15%	0,11%
Veneto	14,50%	11,91%	8,70%	19,35%	14,72%	10,77%
ITALIA	7,32%	6,14%	4,66%	8,47%	6,74%	5,09%

Rispetto alla seconda domanda di ricerca ovvero quella che ipotizza di mantenere stabile il tasso di copertura odierno e di valutare il delta di offerta in RSA che ne deriverebbe, è estremamente interessante osservare come, al fine di mantenere inalterato un tasso di copertura oggi modesto, sarebbe necessario un adeguamento dell'offerta particolarmente rilevante. Infatti, a livello di sistema Paese, si dovrebbe incrementare la dotazione di posti letto in RSA, rispetto al dato 2012, di quasi il 20% entro il 2025 e del 57% entro il 2040. In pratica, ogni regione dovrebbe incrementare la propria offerta, da qui al 2040, di almeno il 40% (ad eccezione della Liguria). Si tratterebbe di aumentare mediamente la dotazione di posti letto in RSA di circa il 2% all'anno, che dovrebbe però essere accompagnato da una cabina di regia che indirizzi il sistema verso una direzione chiara e definita.

Figura 5. Incremento percentuale della rete di offerta (considerando solo le strutture residenziali - RSA) necessario al mantenimento dell'attuale tasso di copertura (delta 2012-2025 e 2012-2040)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati Ministero della Salute

L'esercizio proposto è finalizzato a portare nel dibattito pubblico il tema della programmazione della filiera degli interventi per gli anziani non autosufficienti con dati che possano sottolinearne la rilevanza in chiave prospettiva: in un contesto di risorse pubbliche in gioco costanti (o comunque destinate a non aumentare in maniera significativa in un prossimo futuro) e di crescente complessità nelle modalità richieste per la risposta al bisogno assistenziale espresso dalla popolazione, il solo mantenimento dello status quo esistente risulta essere insostenibile, sia in termini di appropriatezza, che di equità che di equilibrio economico.

Si manifesta la necessità quindi dell'avvio di una riflessione di sistema sul tema della filiera e dei modelli di presa in carico.

Bibliografia

ISTAT (2014), Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione, disponibile online <http://www.istat.it/it/archivio/144093>

ISTAT (2015a), I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari – Anno 2013, disponibile online http://www.istat.it/it/files/2015/12/Presidi-residenziali_2013.pdf?title=Presidi+residenziali++17%2Fdic%2F2015++Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf

ISTAT (2015b), Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati – Anno 2012, disponibile online <http://www.istat.it/it/archivio/166482>

ISTAT (2015c), Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi – Anno 2013, disponibile online http://www.istat.it/it/files/2015/07/Inclusione-sociale-persone-con-limitazioni-funzionali_def_240715.pdf?title=Limitazioni+funzioni%2C+invalidit%C3%A0%2Ccronicit%C3%A0+gravi++21%2Flug%2F2015++Testo+integrale.pdf

ISTAT (2016), Previsioni della popolazione 2011-2065, disponibile online <http://demo.istat.it/uniprev2011/index.html#>, ultimo accesso 04/11/2016

Ministero della Salute (2015a), Rapporto SDO 2014, disponibile online http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2396_allegato.pdf

Ministero della Salute (2015b), Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale– Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN – Anno 2012, disponibile online http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2370_allegato.pdf

OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità (2002) Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. World Health Organization, Ginevra. Disponibile online <http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1>

Orimo H., Ito H., Suzuki T., Araki A., Hosoi T. e Sawabe M. (2006) Reviewing the definition of «elderly», *Geriatrics & Gerontology International*, (6)3: pp. 149-158.

Pasquinelli S. e Rusmini G. (2013) *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche*, Ediesse, Roma.

Il rapporto con il corpo dei longevi italiani

Parte

3

Indice

1. Ragioni e contenuti della ricerca	88
2. Quando si diventa anziani: la perdita di autonomia individuale	90
3. Gli anziani italiani: chi sono e dove vivono	93
3.1 Il profilo sociodemografico	93
3.2 La geografia della longevità	96
4. Funzioni sociali e valori della longevità attiva	109
4.1. Andare oltre e contro le retoriche stereotipate	109
4.2 Generatori di welfare e tutela sociale	111
4.3 Interpreti di valori attuali	115
4.4. Soddisfatti e con una nuova voglia di investire su stessi	118
4.5 Il valore della relazionalità	121
4.6 Il virtuoso intreccio tra digitale e longevità attiva	125
5. Il buon rapporto con il corpo paradigma della longevità	128
5.1. Sanità, salute e relazionalità: dove si costruisce il buon rapporto con il corpo e lo star bene	128
5.2. Le buone pratiche sanitarie	129
5.3 Gli stili di vita salutari	134
5.4 La relazionalità	140

1. Ragioni e contenuti della ricerca

La ricerca del Censis parte da una verità elementare emersa in anni di interpretazione dell'evoluzione di stili di vita, percezioni e valori nel ciclo di vita delle persone: si è andata affermando una modalità nuova e diversa di vivere la terza e quarta età, che viene impressivamente definita come longevità attiva.

In estrema sintesi essa, sul piano individuale, si caratterizza come:

- una fase di vita nuova, generata dall'innalzarsi della speranza di vita e dalla disponibilità di anni relativamente in buona salute e liberi da disabilità oltre i 65 anni, ancora oggi formalmente indicati come inizio dell'età anziana;
- un approccio proattivo alla propria vita, fatto del coinvolgimento in una pluralità di attività, progetti, iniziative e nell'esercizio di funzioni sociali gratificanti, riconosciute e che generano valore per sé stessi e per gli altri;
- una capacità di interpretare comportamenti, valori ed orientamenti sociali in sintonia con esigenze sociali condivise dalle altre generazioni.

Sul piano sociale, ciò determina una estrema articolazione dei sentieri di vita, quale espressione del soggettivismo e dell'autorealizzazione dell'io che si manifestano anche in questa nuova e originale fase di vita.

Si tratta dunque di un fenomeno multidimensionale e poliedrico, che tocca ambiti molto diversi della vita individuale e collettiva, con una sua intrinseca complessità poiché all'aumentare del numero degli anziani:

- si genera una significativa diversificazione dei percorsi di vita;
- e si assiste al trionfo della soggettività anche in quella che un tempo era solo la fase declinante della vita delle persone e che oggi invece diventa qualcosa su cui investire, da riempire anche di cose utili, piacevoli, gratificanti.

Non essendo pertanto un fenomeno compatto, omogeneo e direttamente osservabile, bensì il portato sociale di scelte minute, quotidiane, che intrecciandosi danno vita e sostanza ad un modo di vivere la longevità nuovo e originale rispetto al passato, il modo migliore per rappresentare la longevità attiva è metterne in risalto le fenomenologie concrete, cioè quei comportamenti e valori che coinvolgono nel quotidiano milioni di persone.

Lo studio del Censis intende offrire uno spaccato originale del modo con cui le attuali generazioni di anziani vivono il loro tempo, investendo su anni di vita di cui non hanno beneficiato le generazioni precedenti.

L'intreccio dei percorsi individuali dei longevi tra loro e con quelli degli altri gruppi sociali genera conseguenze inaspettate, molto lontane dagli stereotipi catastrofisti che associano all'invecchiamento della popolazione impatti economici, sociali, culturali devastanti per le nostre società.

Il punto di vista che si propone è quello di una longevità attiva che non costituisce un problema per la società, piuttosto una opportunità, che però richiede un salto di qualità culturale prima ancora che operativo, affinché siano oltrepassate le letture tradizionali, che alla vecchiaia associano unicamente alti costi sociali ed economici.

L'attività di ricerca propone preliminarmente un quadro sociodemografico, territoriale e delle funzioni socioeconomiche e valoriali degli anziani, che delinea il contesto in cui poi si inserisce il cuore della ricerca stessa: *il rapporto con il corpo e con lo stare bene*, come paradigma della longevità attiva.

Nel concreto, il rapporto con il corpo e lo stare bene viene poi ricondotto ai comportamenti e stili di vita degli anziani in *tre ambiti*:

- *il rapporto con la sanità*, che contempla il rapporto con gli operatori sanitari - in particolare i medici - le forme di prevenzione sanitaria, la medicina riparativa, la medicina territoriale e di prossimità, la sanità digitale sino alla nuova residenzialità per autosufficienti;
- *il rapporto con la salute*, che concerne gli stili di vita salutari e relative abitudini minute, la gamma di attività che sono altrettante forme di allenamento fisico e mentale;
- *la relazionalità*, che fa riferimento ad un insieme composito e ibrido di attività, poiché nella società le relazioni tagliano ogni contesto, e tuttavia è importante darne rappresentazione specifica, sottolineandone alcune, in particolare quelle che generano rilevanti benefici per le comunità, come la partecipazione al volontariato.

Per ciascuno degli ambiti indicati sono descritte in modo qualitativo le fenomenologie, intese come i soggetti e i comportamenti sociali che costituiscono le concrete modalità di manifestazione della longevità attiva nel nostro tempo.

2. Quando si diventa anziani: la perdita di autonomia individuale

È cambiato profondamente nel tempo il rapporto degli italiani con la propria vecchiaia, a cominciare dalla percezione individuale e sociale del suo inizio.

L'aumento del numero di anziani, l'innalzamento della speranza di vita, il miglioramento medio della qualità della vita anche in età avanzata, l'evidente imporsi di una porzione di vita cronologicamente negata alle generazioni del passato e la possibilità di beneficiarne in uno stato di salute e in condizioni economiche mediamente buone hanno dapprima spinto verso l'alto l'età di riferimento per l'inizio ufficiale della vecchiaia, e poi hanno portato ad una sua differenziazione molto soggettiva.

L'età ufficiale di inizio della terza età è oggi fissata a sessantacinque anni, e tuttavia balza agli occhi la notevole diversità di condizioni e percezioni dei cittadini che hanno raggiunto e superato quella età; ciò in linea con il fenomeno chiave del nostro tempo che definisce anche la fase della longevità: la soggettività dei percorsi di vita.

All'aumentare del numero degli anziani si affianca, infatti, una proliferazione soggettiva dei percorsi di vita che rende assolutamente convenzionale il riferimento anagrafico, e soprattutto lo rende incapace di cogliere il modo in cui la grande maggioranza degli attuali anziani vive la propria età.

Volendo fissare un criterio di riferimento sociale per l'ingresso nella terza età è utile partire dal punto di vista prevalente tra gli attuali anziani, peraltro sempre più condiviso anche dal resto della popolazione: si diventa anziani quando si perde la propria autonomia.

Infatti, da una indagine del Censis su un campione di persone con almeno sessantacinque anni risulta che, alla richiesta di indicare gli eventi di vita che fanno sentire una anziana una persona, il 53,8% ha indicato la perdita dell'autosufficienza, il 28,7% la morte del coniuge, il 23,7% la pensione (tabella 1).

Tabella 1. Opinioni dei longevi intervistati sugli eventi di vita che fanno sentire una persona anziana, per età (val. %)

Secondo Lei, quali eventi di vita fanno sentire una persona anziana?	65-69 anni	70-75 anni	76-80 anni	Oltre 80 anni	Totale
La perdita dell'autosufficienza	56,5	50,0	49,3	62,4	53,8
La morte del coniuge	26,1	27,4	31,6	35,5	28,7
Andare in pensione	29,8	24,7	20,5	9,1	23,7
Compiere i 70 anni	25,0	24,1	21,0	14,1	22,6
La morte di amici e conoscenti coetanei	20,0	21,1	29,8	22,6	22,3
Diventare nonni	9,8	13,7	8,8	7,8	10,8

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte
Fonte: indagine Censis, 2014

D'altronde, la perdita di autonomia come porta d'accesso all'anzianità è condivisa anche da giovani e adulti. Se infatti più si è giovani e nel pieno vigore degli anni e più si teme che, da anziani, insorgano malattie (timore segnalato dal 43,6% dei 18-64enni) oppure che non sia abbastanza sufficiente disponibilità economica (36,0%), molto sentita anche tra questa fascia di popolazione anagraficamente non ancora entrata nella cosiddetta terza età è la pura di dover dipendere dagli altri (33,7%).

Il nesso tra anzianità e non autosufficienza indica che tra gli italiani non vince la paura del tempo che passa e l'età che cresce, piuttosto il timore che al trascorrere del tempo si affianchi una perdita di autonomia, di capacità di perseguire in piena libertà aspettative e progetti; e la paura diventa particolarmente intensa laddove si pensa ad un futuro di non autosufficienza nel quotidiano, in quella trama di piccole attività ordinarie che sono il primo pilastro della nostra soggettività.

Lavarsi, vestirsi, mangiare, bere, passeggiare e altre funzioni vitali sono pilastri della autostima soggettiva e il timore di dover dipendere da altri per questo primo set vitale di funzioni ordinarie è molto forte.

La paura della non autosufficienza è pienamente in linea con il trionfo della soggettività che domina la società e si manifesta anche nell'età longeva, con la voglia di affermare se stessi, di essere liberi di esprimersi, di avere un profilo e ruoli in linea con le proprie inclinazioni, attitudini, preferenze.

Sotto quest'ottica, l'andare in pensione non fa sentire vecchi, ma anzi libera da eventuali vincoli ed impegni lavorativi che limitano la possibilità di sfruttare al meglio il proprio tempo.

In estrema sintesi, non una età cronologica puntuale, non la pensione e nemmeno la morte del coniuge rendono una persona anziana, ma la perdita della autosufficienza intesa come la capacità di svolgere nel quotidiano le tante ordinarie attività minute, di gestire la propria sfera relazionale e l'esercizio di un ruolo sociale.

I numeri d'altronde non possono che confermare la stretta correlazione tra vecchiaia e non autosufficienza: al crescere dell'età aumenta l'insorgenza di patologie cronico-degenerative che hanno implicazioni negative sull'autonomia personale ed il rischio di non autosufficienza diventa prossimo al 40% dopo il compimento dell'80° anno di età.

Ma la non autosufficienza è appunto un rischio, che come tale può palesarsi in momenti i più diversi della terza e quarta età, e può non palesarsi affatto, e ciò alimenta la tendenza a fissare in maniera soggettiva ed individuale la barra spartiacque del passaggio alla condizione anziana.

Per questo capire la longevità oggi vuole dire accettarne l'estrema diversificazione interna, vincendo stereotipi o letture semplificatorie e compattanti.

Dal criterio di accesso all'anzianità al contenuto di attività e valore tutto è molto soggettivo, e la somma di questi percorsi soggettivi disegna la longevità attiva, cioè un modo di vivere la terza e quarta età originale e innovativo rispetto al passato anche recente.

3. Gli anziani italiani: chi sono e dove vivono

3.1 Il profilo sociodemografico

I *longevi italiani attuali* sono i rappresentanti delle generazioni della ricostruzione del dopoguerra, del miracolo economico e le prime fila dei *baby boomers*: sono 13,4 milioni e rappresentano il 22% del totale della popolazione (nell'arco di un decennio sono aumentati del +16%); oltre 4 milioni (il 30,3%) hanno varcato la soglia degli 80 anni, e di questi 689 mila sono ultra novantenni e i centenari sono oltre 18 mila. (tabella 2).

Tabella 2. Popolazione anziana, 2006-2016 (v.a., val.% e var.%) (*)

	65 anni ed oltre	80 anni ed oltre	90 anni ed oltre	100 anni ed oltre
v.a.				
2006	11.528.302	2.958.527	472.057	9.470
2016	13.369.754	4.049.057	689.153	18.765
val.% sul totale popolazione				
2006	19,85	5,10	0,81	0,02
2016	22,04	6,67	1,14	0,03
var.%				
2006-2016	16,0	36,9	46,0	98,2

(*) dati al 1 gennaio

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Significativa è la rappresentanza femminile (56,9%) rispetto a quella maschile, pari al 43,1%.

Tornando indietro nel tempo (tabella 3), l'onda grigia è particolarmente impressionante: nel 1951 gli over 65 in Italia erano 4,3 milioni e rappresentavano l'8,9% della popolazione, nel 1971 superavano i 6 milioni pari all'11,3% della popolazione, nel 2001 erano poco più di 10 milioni ovvero il 18,7%.

Prendendo il censimento 2001 come riferimento emerge che da allora ad oggi:

- non solo gli over 65 sono cresciuti del +25,6%,
- ma particolarmente sostenuta è stata la dinamica incrementale della popolazione con almeno novantanni d'età, avendo registrato un aumento del +73,0%;
- all'interno di questo sottogruppo, la nicchia di coloro che arrivano a soffiare su cento candeline ha visto aumentare la propria schiera del +197,2%.

Tali dinamiche di crescita sono ancora più impresse se comparate con quelle della popolazione totale cresciuta solo del +6,4% tra il 2001 e il 2016.

L'incremento del numero di anziani corre parallelo all'incremento progressivo dell'aspettativa di vita che oggi è di 80,1 anni per gli uomini e di 84,7 anni per le donne. Essa è cresciuta in maniera esponenziale: all'inizio del ventesimo secolo, nel 1900, la speranza di vita nel nostro paese era ancora molto bassa, essendo pari a 43 anni per le donne e 42,6 anni per gli uomini, un'età che oggi tende ad essere considerata, in maniera esagerata, più prossima alla gioventù che non alla età adulta o meno che mai alla anzianità. Nell'arco di 50 anni, si è arrivati al traguardo dei 63,7 anni per gli uomini e di 67,2 anni per le donne, le quali hanno dunque ampliato il gap positivo nei confronti della componente maschile della popolazione. Nel 1970, le donne hanno ormai superato la soglia dei 70 anni, avendo una aspettativa di vita pari a 74,9 anni, mentre gli uomini si fermano a 69,0 anni.

Tabella 3. Struttura della popolazione e indicatori demografici, 1951-2016 (v.a., val.%, var.% e diff.ass.)

	Censimento 1951		Censimento 1971		Censimento 2001		Censimento 2016*		Diff.ass.		Var. %	
	v.a.	val.%	v.a.	val.%	v.a.	val. %	v.a.	val.%	1951-2016	2001-2016	1951-2016	2001-2016
Minorenni	14.042.111	29,6	15.580.581	28,8	9.833.168	17,3	10.008.033	16,5	-4.034.078	174.865	-28,7	1,8
Millennials (18-34 anni)	12.919.139	27,2	12.954.342	23,9	13.448.554	23,6	10.990.086	18,1	-1.929.053	-2.458.468	-14,9	-18,3
Baby boomers (35-64 anni)	16.303.155	34,3	19.499.804	36	23.068.148	40,5	26.297.678	43,3	9.994.523	3.229.530	61,3	14,0
Aged (65 anni e oltre)	4.251.132	8,9	6.101.820	11,3	10.645.874	18,7	13.369.754	22,0	9.118.622	2.723.880	214,5	25,6
Totale	47.515.537	100,0	54.136.547	100,0	56.995.744	100,0	60.665.551	100,0	13.150.014	3.669.807	27,7	6,4

(*) Dati al 1 gennaio dell'anno

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Concentrando l'attenzione sul periodo più recente, dall'inizio del nuovo millennio, i suddetti valori erano pari rispettivamente a 77 anni per gli uomini e a 82,8 anni per le donne fino ad arrivare alle attuali soglie che vedono uomini e donne, pur permanendo differenze significative a favore di queste ultime, disporre di un orizzonte di vita che supera gli ottanta anni e sembra destinato ad ulteriore incremento (figura 1).

Figura 1. Speranza di vita alla nascita per sesso, 1900-2015



Fonte: dati Istat

Guardando al futuro, infatti, gli scenari previsionali descrivono trend di ulteriore rialzo della speranza di vita: nel 2050 l'aspettativa di vita raggiungerà i 90,2 anni per le donne e gli 85,3 anni per gli uomini.

Anche il numero e l'incidenza dei longevi sulla popolazione residente sono destinati a crescere ancora: gli scenari previsionali stimano che nel 2051 gli over 65 arriveranno a rappresentare il 33,1% dei residenti in Italia, e di questi gli ultra ottantenni costituiranno il 13,9% della popolazione ed i novantenni il 3,5%.

La consistenza quantitativa, l'incidenza relativa sul totale della popolazione e sulle altre classi di età e la dinamica incrementale rispetto al passato rendono gli anziani una componente di per sé rilevante del corpo sociale, molto di più di quanto accaduto nella nostra società nel passato.

Il fenomeno ha rilevanza nazionale, ma è importante capire la sua articolazione territoriale, perché va assumendo connotazioni specifiche che incidono sulla vita delle comunità coinvolte. Numeri e previsioni chiariscono comunque che non ci saranno enclaves esentate dalla presenza crescente di anziani, e che pertanto la ricerca del benessere collettivo impone a tutti di capire la poliedricità sociale ed economica della buona longevità.

3.2 La geografia della longevità

L'invecchiamento della popolazione è fenomeno nazionale che coinvolge tutto il territorio, ma con intensità diversificate: tradizionalmente il Sud e le Isole hanno una popolazione mediamente più giovane rispetto al Centro-Nord e tuttavia anche tale area è destinata a fronteggiare, nei vari ambiti socio-economici, l'impatto dell'innalzarsi della speranza di vita.

L'analisi dei dati disaggregati a livello regionale indica che la Liguria è la regione a più alta presenza di anziani, con 443.446 ultra 65enni residenti, pari al 28,2% del totale della popolazione (tabb. 4,5 e 6). Anche per quanto riguarda gli over 80 e gli ultra novantenni è sempre la Liguria a conquistare la prima posizione.

Se, infatti, in Italia complessivamente gli ultra 80enni sono 4 milioni e rappresentano il 6,7% della popolazione, in Liguria la loro rappresentatività si alza al 9,4% (147.175 individui) ed, analogamente, se chi ha superato i 90 anni a livello nazionale costituisce l'1,1% della popolazione (689.153 residenti) in Liguria, l'analogo valore è quasi doppio, essendo pari ad 1,7% (26.844 over90 residenti nella regione).

La seconda regione per incidenza di residenti over65 è il Friuli Venezia Giulia, sul cui territorio i longevi solo poco più di un quarto (25,5%) della popolazione complessiva. Segue la Toscana, dove i 933 mila ultrasessantacinquenni residenti rappresentano il 24,9% del totale.

Tabella 4. Graduatoria delle regioni italiane con più alta quota di abitanti di 65 anni e più, 1° gennaio 2016 (v.a., val. % e posizione in graduatoria)

	Popolazione 65 anni ed oltre (v.a)	Popolazione totale (v.a)	% sul totale	Rank
Liguria	443.446	1.571.053	28,2	1
Friuli-Venezia Giulia	310.951	1.221.218	25,5	2
Toscana	933.022	3.744.398	24,9	3
Umbria	220.961	891.181	24,8	4
Piemonte	1.091.411	4.404.246	24,8	5
Marche	370.951	1.543.752	24,0	6
Molise	73.695	312.027	23,6	7
Emilia-Romagna	1.049.844	4.448.146	23,6	8
Abruzzo	304.403	1.326.513	22,9	9
Valle d'Aosta	29.076	127.329	22,8	10
Sardegna	366.681	1.658.138	22,1	11
Veneto	1.081.371	4.915.123	22,0	12
Basilicata	125.794	573.694	21,9	13
Lombardia	2.193.018	10.008.349	21,9	14
Lazio	1.234.781	5.888.472	21,0	15
Puglia	852.349	4.077.166	20,9	16
Calabria	404.826	1.970.521	20,5	17
Sicilia	1.024.867	5.074.261	20,2	18
Trentino-Alto Adige	213.223	1.059.114	20,1	19
Campania	1.045.084	5.850.850	17,9	20
ITALIA	13.369.754	60.665.551	22,0	-

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tabella 5. Graduatoria delle regioni italiane con più alta quota di abitanti di 80 anni e più, 1° gennaio 2016 (v.a., val. % e posizione in graduatoria)

	Popolazione 80 anni ed oltre (v.a)	Popolazione totale (v.a)	% sul totale	Rank
Liguria	147.175	1.571.053	9,4	1
Umbria	73.056	891.181	8,2	2
Molise	25.237	312.027	8,1	3
Marche	124.289	1.543.752	8,1	4
Toscana	296.817	3.744.398	7,9	5
Emilia-Romagna	342.088	4.448.146	7,7	6
Piemonte	337.660	4.404.246	7,7	7
Friuli-Venezia Giulia	93.473	1.221.218	7,7	8
Abruzzo	99.253	1.326.513	7,5	9
Basilicata	41.748	573.694	7,3	10
Valle d'Aosta	8.732	127.329	6,9	11
Veneto	321.856	4.915.123	6,5	12
Lombardia	645.194	10.008.349	6,4	13
Calabria	125.687	1.970.521	6,4	14
Sardegna	104.042	1.658.138	6,3	15
Lazio	364.541	5.888.472	6,2	16
Trentino-Alto Adige	64.447	1.059.114	6,1	17
Puglia	245.920	4.077.166	6,0	18
Sicilia	301.985	5.074.261	6,0	19
Campania	285.857	5.850.850	4,9	20
ITALIA	4.049.057	60.665.551	6,7	-

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tabella 6. Graduatoria delle regioni italiane con più alta quota di abitanti di 90 anni e più, 1° gennaio 2016 (v.a., val. % e posizione in graduatoria)

	Popolazione 90 anni ed oltre (v.a)	Popolazione totale (v.a)	% sul totale	Rank
Liguria	26.844	1.571.053	1,7	1
Umbria	13.726	891.181	1,5	2
Friuli-Venezia Giulia	18.752	1.221.218	1,5	3
Marche	22.973	1.543.752	1,5	4
Toscana	54.920	3.744.398	1,5	5
Emilia-Romagna	64.937	4.448.146	1,5	6
Molise	4.464	312.027	1,4	7
Abruzzo	17.456	1.326.513	1,3	8
Piemonte	55.261	4.404.246	1,3	9
Trentino-Alto Adige	12.346	1.059.114	1,2	10
Veneto	57.279	4.915.123	1,2	11
Valle d'Aosta	1.475	127.329	1,2	12
Basilicata	6.581	573.694	1,1	13
Lombardia	106.342	10.008.349	1,1	14
Sardegna	17.201	1.658.138	1,0	15
Calabria	20.364	1.970.521	1,0	16
Lazio	60.530	5.888.472	1,0	17
Puglia	38.580	4.077.166	0,9	18
Sicilia	46.796	5.074.261	0,9	19
Campania	42.326	5.850.850	0,7	20
ITALIA	689.153	60.665.551	1,1	-

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Dal punto di vista meramente numerico, le regioni dove vivono più anziani sono la Lombardia (2,1 milioni di abitanti over65) e il Lazio (1,2 milioni). Superano il milione di longevi anche Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Campania e Sicilia.

L'analisi territoriale consente di individuare alcune microenclave della longevità, piccoli borghi situati lungo tutto l'arco della penisola in cui l'incidenza della popolazione anziana sfiora il 50% (tabb. 7,8 e 9). Si tratta spesso di comuni abbarbicati in collina o mezza montagna, magari abbandonati dalle generazioni più giovani, ma che sembrano essere i depositari del segreto dell'elisir di lunga vita, attribuito di volta in volta a fattori genetici, aria buona, attività contadina mai interrotta, particolari diete e così via.

Il comune più longevo d'Italia è San Benedetto in Perillis, borgo di 113 abitanti in provincia de L'Aquila, di cui 77, ovvero il 68,1% della popolazione, ha superato i 65 anni di età; tra questi 37 sono ultra ottantenni e 18 hanno più di 90 anni.

C'è poi Zerba, in provincia di Piacenza, comune di 77 abitanti di cui 51 hanno più di 65 anni (66,2%), tra questi 24 hanno oltre ottant'anni.

Segue Fascia, in provincia di Genova, con 48 residenti con almeno 65 anni d'età su 81 abitanti (59,3%), di cui 25 (30,9%) hanno superato gli ottant'anni.

Anche nei comuni di più grande dimensione, con almeno 10.000 abitanti ve ne sono alcuni che si distinguono per la longevità dei propri abitanti. Ai primi posti si collocano Lerici (34,7%), Albisola Superiore (32,2%) e Copparo (32,1%), i primi due in Liguria e il terzo in Emilia Romagna quelli con la quota più alta di persone con almeno sessantacinque anni; sono anche i comuni con la quota più alta di ottantenni e oltre, mentre è Loano il comune con la quota più alta di novantenni (2,3%). Si uniscono al podio, con un'incidenza di novantenni pari al 2,2%, altri 4 comuni liguri, tra cui ancora una volta Lerici e Albisola superiore e poi Sestri levante e Chiavari, oltre al Comune di Russi situato in Emilia Romagna e quello di Siena in Toscana (tabelle 10, 11 e 12).

Tabella 7. Primi 20 comuni italiani con più alta quota di abitanti di 65 anni e più, 1° gennaio 2016
(v.a., val. % e posizione in graduatoria)

Comune	Provincia	Popolazione 65 anni ed oltre (v.a)	Popolazione totale (v.a)	% sul totale	Rank
San Benedetto in Perillis	L'Aquila	77	113	68,1	1
Zerba	Piacenza	51	77	66,2	2
Fascia	Genova	48	81	59,3	3
Ribordone	Torino	31	53	58,5	4
Poggiodomo	Perugia	68	117	58,1	5
Schiavi di Abruzzo	Chieti	492	860	57,2	6
Villa Santa Lucia degli Abruzzi	L'Aquila	69	123	56,1	7
Montebello sul Sangro	Chieti	49	88	55,7	8
Cerignale	Piacenza	69	127	54,3	9
San Giovanni Lipioni	Chieti	100	185	54,1	10
Rondanina	Genova	33	62	53,2	11
Gorreto	Genova	51	97	52,6	12
Brallo di Pregola	Pavia	312	599	52,1	13
Colledimacine	Chieti	105	202	52,0	14
Micigliano	Rieti	65	127	51,2	15
Rosello	Chieti	121	237	51,1	16
Cocullo	L'Aquila	117	230	50,9	17
Romagnese	Pavia	344	687	50,1	18
Bisegna	L'Aquila	110	223	49,3	19
Bore	Parma	369	749	49,3	20
ITALIA		13.369.754	60.665.551	22,0	-

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tabella 8. Primi 20 comuni italiani con più alta quota di abitanti di 80 anni e più, 1° gennaio 2016
(v.a., val. % e posizione in graduatoria)

Comune	Provincia	Popolazione 80 anni ed oltre (v.a)	Popolazione totale (v.a)	% sul totale	Rank
San Benedetto in Perillis	L'Aquila	37	113	32,7	1
Zerba	Piacenza	24	77	31,2	2
Fascia	Genova	25	81	30,9	3
Gorreto	Genova	29	97	29,9	4
Montelapiano	Chieti	24	82	29,3	5
Micigliano	Rieti	37	127	29,1	6
Schiavi di Abruzzo	Chieti	249	860	29,0	7
Montebello sul Sangro	Chieti	25	88	28,4	8
Poggiodomo	Perugia	33	117	28,2	9
San Giovanni Lipioni	Chieti	48	185	25,9	10
San Biase	Campobasso	48	189	25,4	11
Cerignale	Piacenza	32	127	25,2	12
Cocullo	L'Aquila	57	230	24,8	13
Marcetelli	Rieti	22	89	24,7	14
Ribordone	Torino	13	53	24,5	15
Colledimacine	Chieti	49	202	24,3	16
Rosello	Chieti	56	237	23,6	17
Villa Santa Lucia degli Abruzzi	L'Aquila	29	123	23,6	18
Brallo di Pregola	Pavia	141	599	23,5	19
Paganico Sabino	Rieti	40	172	23,3	20
ITALIA		4.049.057	60.665.551	6,7	-

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tabella 9. Primi 20 comuni italiani con più alta quota di abitanti di 90 anni e più, 1° gennaio 2016
(v.a., val. % e posizione in graduatoria)

Comune	Provincia	Popolazione 80 anni ed oltre (v.a)	Popolazione totale (v.a)	% sul totale	Rank
San Benedetto in Perillis	L'Aquila	18	113	15,9	1
Zerba	Piacenza	20	202	9,9	2
Fascia	Genova	12	127	9,4	3
Gorreto	Genova	6	71	8,5	4
Montelapiano	Chieti	7	88	8,0	5
Micigliano	Rieti	8	103	7,8	6
Schiavi di Abruzzo	Chieti	9	117	7,7	7
Montebello sul Sangro	Chieti	41	542	7,6	8
Poggiodomo	Perugia	13	178	7,3	9
San Giovanni Lipioni	Chieti	48	687	7,0	10
San Biase	Campobasso	11	166	6,6	11
Cerignale	Piacenza	48	735	6,5	12
Cocullo	L'Aquila	14	215	6,5	13
Marcetelli	Rieti	8	123	6,5	14
Ribordone	Torino	35	552	6,3	15
Colledimacine	Chieti	15	237	6,3	16
Rosello	Chieti	40	638	6,3	17
Villa Santa Lucia degli Abruzzi	L'Aquila	6	97	6,2	18
Brallo di Pregola	Pavia	5	81	6,2	19
Paganico Sabino	Rieti	79	1.290	6,1	20
ITALIA		689.153	60.665.551	1,1	-

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tabella 10. Primi 20 comuni italiani (con 10.000 abitanti ed oltre) in cui è più elevata l'incidenza per abitanti di anziani di 65 anni ed oltre, 1° gennaio 2016 (v.a., val. per 100 abitanti, rank)

N_Istat	Comune	Provincia	Popolazione 65 anni ed oltre (v.a)	Popolazione residente (v.a)	% sul totale abitanti	Rank
11016	Lerici	La Spezia	3.553	10.228	34,7	1
9004	Albisola Superiore	Savona	3.268	10.163	32,2	2
38007	Copparo	Ferrara	5.315	16.567	32,1	3
32003	Muggia	Trieste	4.100	13.137	31,2	4
8008	Bordighera	Imperia	3.218	10.469	30,7	5
9034	Loano	Savona	3.505	11.407	30,7	6
10059	Sestri Levante	Genova	5.692	18.578	30,6	7
38005	Codigoro	Ferrara	3.664	11.999	30,5	8
9029	Finale Ligure	Savona	3.559	11.711	30,4	9
9001	Alassio	Savona	3.313	10.934	30,3	10
10001	Arenzano	Genova	3.446	11.519	29,9	11
6121	Ovada	Alessandria	3.412	11.477	29,7	12
3008	Arona	Novara	4.187	14.152	29,6	13
9065	Varazze	Savona	3.919	13.251	29,6	14
49012	Piombino	Livorno	10.072	34.060	29,6	15
6001	Acqui Terme	Alessandria	5.879	19.896	29,5	16
10028	Lavagna	Genova	3.760	12.791	29,4	17
10015	Chiavari	Genova	8.031	27.398	29,3	18
2016	Borgosesia	Vercelli	3.775	12.922	29,2	19
8055	Sanremo	Imperia	15.970	54.807	29,1	20
						-
Totale primi 20 comuni			101.638	337.466	30,1	
Nord-ovest			3.756.951	16.110.977	23,3	
Nord-est			2.655.389	11.643.601	22,8	
Centro			2.759.715	12.067.803	22,9	
Sud e Isole			4.197.699	20.843.170	20,1	
ITALIA			13.369.754	60.665.551	22,0	

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tabella 11. Primi 20 comuni italiani (con 10.000 abitanti ed oltre) in cui è più elevata l'incidenza per abitanti di anziani di 80 anni ed oltre, 1° gennaio 2016 (v.a., val. per 100 abitanti, rank)

N_Istat	Comune	Provincia	Popolazione 80 anni ed oltre (v.a)	Popolazione residente (v.a)	% sul totale abitanti	Rank
11016	Lerici	La Spezia	1.169	10.228	11,4	1
9004	Albisola Superiore	Savona	1.129	10.163	11,1	2
38007	Copparo	Ferrara	1.240	11.407	10,9	3
32003	Muggia	Trieste	2.010	18.578	10,8	4
8008	Bordighera	Imperia	1.543	14.655	10,5	5
9034	Loano	Savona	2.874	27.398	10,5	6
10059	Sestri Levante	Genova	1.735	16.567	10,5	7
38005	Codigoro	Ferrara	1.253	12.038	10,4	8
9029	Finale Ligure	Savona	1.330	12.791	10,4	9
9001	Alassio	Savona	1.341	12.922	10,4	10
10001	Arenzano	Genova	1.725	16.851	10,2	11
6121	Ovada	Alessandria	1.118	10.934	10,2	12
3008	Arona	Novara	2.025	19.896	10,2	13
9065	Varazze	Savona	1.167	11.477	10,2	14
49012	Piombino	Livorno	5.437	53.903	10,1	15
6001	Acqui Terme	Alessandria	1.057	10.519	10,0	16
10028	Lavagna	Genova	6.159	61.345	10,0	17
10015	Chiavari	Genova	1.051	10.469	10,0	18
2016	Borgosesia	Vercelli	1.174	11.711	10,0	19
8055	Sanremo	Imperia	3.247	32.390	10,0	20
						-
Totale primi 20 comuni			39.784	386.242	10,3	
Nord-ovest			1.138.761	16.110.977	7,1	
Nord-est			821.864	11.643.601	7,1	
Centro			858.703	12.067.803	7,1	
Sud e Isole			1.229.729	20.843.170	5,9	
ITALIA			4.049.057	60.665.551	6,7	

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tabella 12. Primi 20 comuni italiani (con 10.000 abitanti ed oltre) in cui è più elevata l'incidenza per abitanti di anziani di 90 anni ed oltre, 1° gennaio 2016 (v.a., val. per 100 abitanti, rank)

N_Istat	Comune	Provincia	Popolazione 90 anni ed oltre (v.a)	Popolazione residente (v.a)	% sul totale abitanti	Rank
9034	Loano	Savona	258	11.407	2,3	1
11016	Lerici	La Spezia	230	10.228	2,2	2
10059	Sestri Levante	Genova	417	18.578	2,2	3
52032	Siena	Siena	1.204	53.903	2,2	4
9004	Albisola Superiore	Savona	221	10.163	2,2	5
39016	Russi	Ravenna	265	12.247	2,2	6
10015	Chiavari	Genova	591	27.398	2,2	7
10028	Lavagna	Genova	267	12.791	2,1	8
6121	Ovada	Alessandria	234	11.477	2,0	9
39012	Lugo	Ravenna	656	32.390	2,0	10
2016	Borgosesia	Vercelli	261	12.922	2,0	11
11015	La Spezia	La Spezia	1.895	93.959	2,0	12
54052	Todi	Perugia	337	16.851	2,0	13
38003	Bondeno	Ferrara	293	14.655	2,0	14
10001	Arenzano	Genova	228	11.519	2,0	15
37006	Bologna	Bologna	7.501	386.663	1,9	16
43023	Macerata	Macerata	823	42.473	1,9	17
39002	Bagnacavallo	Ravenna	324	16.739	1,9	18
39001	Alfonsine	Ravenna	233	12.038	1,9	19
38001	Argenta	Ferrara	419	21.851	1,9	20
						-
Totale primi 20 comuni			16.657	830.252	2,0	
Nord-ovest			189.922	16.110.977	1,2	
Nord-est			153.314	11.643.601	1,3	
Centro			152.149	12.067.803	1,3	
Sud e Isole			193.768	20.843.170	0,9	
ITALIA			689.153	60.665.551	1,1	

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

I centenari sono relativamente più presenti nei comuni di Borgosesia, Russi e Siena: colpisce che nel territorio senese ci siano 50 persone che hanno compiuto i 100 anni e oltre (tabella 13).

La geografia della longevità racconta di una estrema articolazione territoriale del numero assoluto e dell'incidenza relativa, e al contempo conferma che l'invecchiamento è fenomeno diffuso che coinvolge tutti i territori: per questo è decisivo capire cosa contengano le vite degli attuali anziani, oltre le letture semplificatorie stereotipate.

Tabella 13. Primi 20 comuni italiani (con 10.000 abitanti ed oltre) in cui è più elevata l'incidenza per abitanti di anziani di 100 anni ed oltre, 1° gennaio 2016 (v.a., val. per 100 abitanti, rank)

N_Istat	Comune	Provincia	Popolazione 100 anni ed oltre (v.a)	Popolazione residente (v.a)	% sul totale abitanti	Rank
2016	Borgosesia	Vercelli	15	12.922	0,12	1
39016	Russi	Ravenna	12	12.247	0,10	2
52032	Siena	Siena	50	53.903	0,09	3
10015	Chiavari	Genova	25	27.398	0,09	4
15062	Castano Primo	Milano	10	11.305	0,09	5
9034	Loano	Savona	10	11.407	0,09	6
72003	Alberobello	Bari	9	10.745	0,08	7
12092	Luino	Varese	12	14.786	0,08	8
10059	Sestri Levante	Genova	15	18.578	0,08	9
109033	Porto San Giorgio	Fermo	13	16.121	0,08	10
80043	Locri	Reggio di Calabria	10	12.504	0,08	11
30026	Cividale del Friuli	Udine	9	11.292	0,08	12
34014	Fidenza	Parma	21	26.770	0,08	13
80007	Bagnara Calabria	Reggio di Calabria	8	10.255	0,08	14
93025	Maniago	Pordenone	9	11.698	0,08	15
59009	Gaeta	Latina	16	20.834	0,08	16
39001	Alfonsine	Ravenna	9	12.038	0,07	17
28037	Este	Padova	12	16.562	0,07	18
18102	Mortara	Pavia	11	15.386	0,07	19
71033	Monte Sant'Angelo	Foggia	9	12.657	0,07	20
						-
Totale primi 20 comuni			285	339.408	0,08	
Nord-ovest			5.398	16.110.977	0,03	
Nord-est			4.204	11.643.601	0,04	
Centro			3.960	12.067.803	0,03	
Sud e Isole			5.203	20.843.170	0,02	
ITALIA			18.765	60.665.551	0,03	

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

4. Funzioni sociali e valori della longevità attiva

4.1. Andare oltre e contro le retoriche stereotipate

Nella percezione collettiva la visione negativa della longevità è stata a lungo molto radicata: fragili, marginali, poveri, isolati, sono alcuni degli aggettivi di solito utilizzati per definire la terza e ancor più la quarta età, anche quando erano pura retorica lontana dalla realtà effettiva.

Anche sui media per lungo tempo hanno trovato spazio letture stereotipate della longevità, improntate a retoriche demonizzanti e sminuenti il ruolo sociale ed economico degli anziani in Italia.

Dall'alto costo del sistema previdenziale ai rischi per la sostenibilità del servizio sanitario e, più in generale, al blocco dei processi di ricambio generazionale nei vari settori, dall'università, alla politica, alle imprese, molte sono le tipologie di costi economici e sociali attribuiti ai longevi italiani, persino la mancata crescita degli ultimi anni, che riflettono una visione molto tradizionale della terza e quarta età.

Come già evidenziato, attualmente gli anni di vita a partire dai 65 anni, compatibilmente con lo stato di salute e il connesso grado di autosufficienza, sono per la maggior parte dei longevi italiani molto distanti dagli stereotipi, e sono piuttosto contenitori di attività e relazioni, generatori di valore con impatto positivo a livello sociale.

In sintonia con il concetto di longevità attiva è possibile definire la longevità come tempo di vita con contenuti e finalità proprie e non più tratto terminale e declinante del ciclo di vita; una fase in cui è possibile realizzare la propria soggettività con una molteplicità di attività e il coinvolgimento attivo e riconosciuto nelle reti familiari, sociali e delle comunità.

Non a caso, a cambiare, come si è detto, è anche la soglia di accesso alla anzianità, lo spartiacque socialmente condiviso e riconosciuto tra *un prima e un dopo* in cui si entra formalmente, oltre che nella rappresentazione degli altri, nella terza e in seguito nella quarta età.

L'insufficienza esplicativa di questa terminologia rispetto alla realtà è emblematicamente rappresentata dal fatto che si è dovuto cominciare a parlare anche di una quinta età, che come le prime due è al tempo stesso una realtà anagrafica combinata con una percezione soggettiva.

Finché si è autonomi e autosufficienti, liberi di esercitare le proprie scelte e le proprie traiettorie di vita non si è - e più ancora, non ci si sente - anziani, semmai *longevi attivi* o più scherzosamente "diversamente giovani", cioè persone che vivono un tratto nuovo, originale del proprio sentiero di vita in cui - magari beneficiando anche di una relativa sicurezza economica e della libertà dagli affanni dell'età adulta - ci si può abbandonare a ritmi meno concitati e, se lo si desidera, praticare attività, progetti, inclinazioni nuove o messe da parte in altri momenti di vita.

È questa la filosofia della longevità attiva che si esprime attraverso i comportamenti di milioni di anziani attuali, e che li rende una risorsa ad alto potenziale generativo e certamente non un costo sociale. Una fase di vita in cui la possibilità di esprimere la propria soggettività è ancora decisiva per costruire adeguata autostima e riconoscimento sociale.

La longevità attiva ha:

- un valore generativo tangibile che trova espressione nel contributo umano, psicologico e culturale che i longevi danno, offrendo le proprie risorse di tempo, capacità e denaro in ambito familiare e/o nelle comunità, impegnandosi così nel sostenere le altre generazioni e i coetanei non autosufficienti;
- un importante patrimonio intangibile fatto di un sistema valoriale di responsabilità, impegno e cultura del limite, altamente significativi per tutta la società, troppo segnata da una fase di soggettivismo estremo, deregolato, e dalla conseguente torsione sul *breve periodo e nel presente*.

In estrema sintesi, le letture stereotipate sono tali perché smentite dal quotidiano operare di milioni di longevi che utilizzano il tempo di vita disponibile, il buono stato di salute e, spesso e volentieri, una relativa tranquillità economica per realizzare attività gratificanti, in linea con le proprie preferenze, aspettative, esigenze.

La longevità attiva è soprattutto uno stile di vita, un insieme di comportamenti concreti, visibili, quotidiani che toccano le diverse sfere personali e sociali.

La loro combinazione soggettiva definisce il percorso di vita delle singole persone, il modo originale che hanno di vivere una fase di vita che in altri tempi era segnata ineludibilmente da marginalità, declino, rassegnazione; d'altro canto, l'insieme di coloro che condividono un comportamento o una scelta contribuisce a disegnare il mosaico della nuova longevità.

I comportamenti di massa dei longevi hanno poi impatti sulla vita delle altre classi di età e, più in generale, sulla società. Per questo analizzare e interpretare quel che i longevi fanno, sin nelle abitudini minute è il modo più efficace, impressivo e condivisibile di spiegare la nuova longevità e i suoi effetti diretti e indiretti sulla società.

4.2 Generatori di welfare e tutela sociale

La famiglia è il primo soggetto sociale sui cui si dispiegano i benefici della longevità attiva, dove cioè è più evidente il ruolo, spesso centrale, giocato dagli anziani nella gestione e nel supporto alle dinamiche familiari.

Proprio osservando con attenzione i nuclei familiari, balza agli occhi la inadeguatezza di un filone di pensiero che tende a delineare l'immagine dell'anziano come un recettore passivo di risorse e servizi di welfare.

Oggi, in realtà, gli anziani sono i protagonisti di una redistribuzione orizzontale di risorse a beneficio delle altre classi di età che passa in primo luogo dalle reti familiari.

È un aspetto troppo spesso sottovalutato, e che investe non solo la sfera del puro trasferimento di risorse monetarie o patrimoniali tra le generazioni, ma quello più complesso della matrice integrata di servizi e prestazioni di welfare.

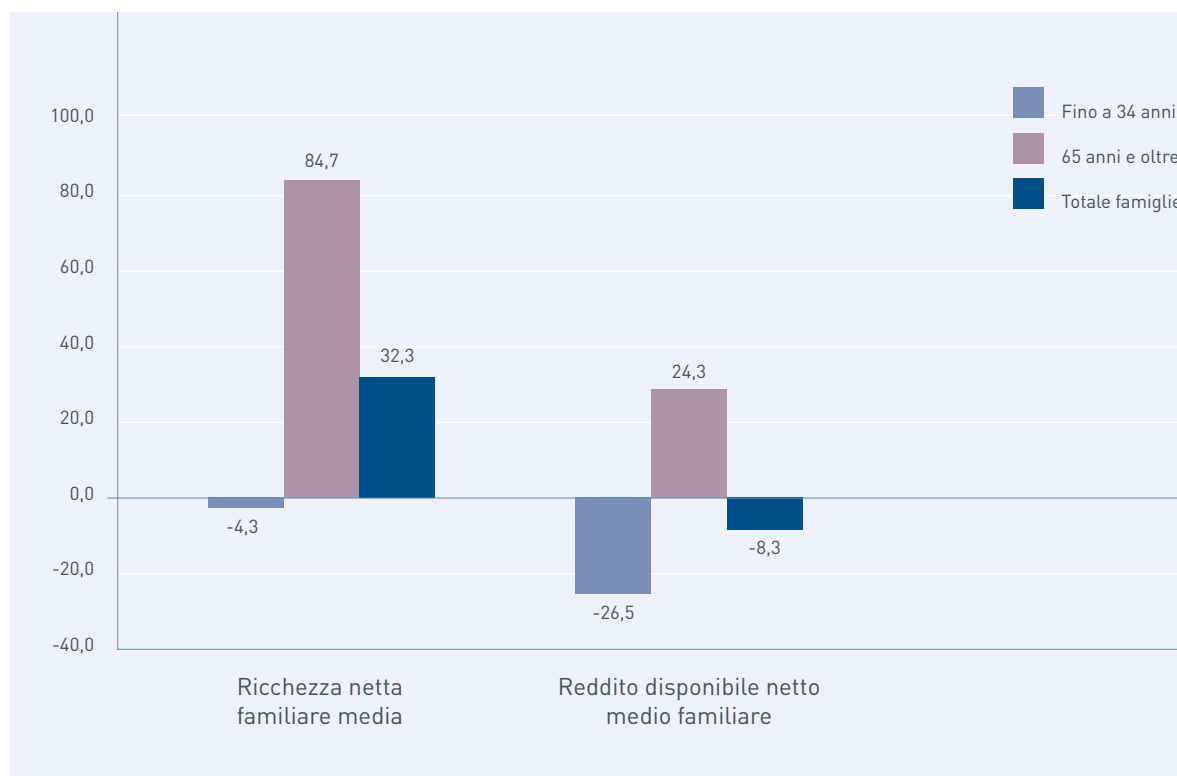
Nel concreto quindi i longevi sono una componente strategica della sostenibilità delle famiglie, tanto più nel periodo di crisi e nella fase della stentata ripresa.

Sono infatti rilevanti i flussi di reddito che partono dal monte pensioni e arrivano ad integrare redditi familiari traballanti di figli e nipoti, sia per spese impreviste e non programmate, che per quelle più strutturali, dalle spese per istruzione e formazione a quelle relative al settore immobiliare, per l'acquisto o l'affitto di un immobile.

D'altro canto, il meccanismo redistributivo per linee interne alle reti familiari va inquadrato nella strutturale trasformazione dei rapporti di forza economica tra le generazioni; infatti, mediamente i longevi attuali hanno una condizione socioeconomica molto migliore dei longevi di 20-25 anni fa e di sicuro migliore degli attuali giovani.

Negli ultimi due decenni la ricchezza familiare netta delle famiglie anziane è cresciuta dell'84,7% (tra il 1991 e il 2014), cioè più del doppio rispetto a quella del totale delle famiglie italiane (+32,3%), e attualmente vale in media 229mila euro (fig. 2). Nel 1991 gli anziani detenevano il 18,9% della ricchezza familiare netta totale in Italia, nel 2002 il 25,3%, oggi il 36,1%.

Figura 2. Ricchezza netta familiare e reddito disponibile netto familiare per classe di età del capofamiglia, 1991-2014 (var. %)



Fonte: elaborazione Censis su dati Banca d'Italia e Istat

La dinamica di lungo periodo consiste nello spostamento della ricchezza verso le fasce più anziane della popolazione, cui fa da *pendant* una sorta di spossessamento delle risorse che contemporaneamente i giovani hanno subito; oltre ad avere una elevata dotazione mobiliare, gli anziani sono anche titolari di patrimoni immobiliari rilevanti, a cominciare dal fatto che il 75,2% delle famiglie con capofamiglia anziano abita in casa di proprietà, di contro al 67,7% del totale delle famiglie italiane (tabella 14).

Tabella 14. Famiglie per titolo di godimento dell'abitazione di residenza e classe di età del capofamiglia (*), 1991-2014 (val. %)

	Proprietà	Affitto	Riscatto	Usufrutto o titolo gratuito	Totale
1991					
Fino a 34 anni	49,7	30,6	1,3	18,4	100,0
35 anni e oltre	67,1	22,9	1,5	8,4	100,0
35-64 anni	68,2	24,3	1,4	6,1	100,0
65 anni e oltre	64,7	19,8	1,9	13,6	100,0
Totale	63,5	24,5	1,5	10,5	100,0
2014					
Fino a 34 anni	43,9	36,4	0,2	19,6	100,0
35 anni e oltre	70,2	19,1	0,6	10,2	100,0
35-64 anni	67,1	21,5	0,5	10,8	100,0
65 anni e oltre	75,2	15,0	0,6	9,2	100,0
Totale	67,7	20,7	0,5	11,1	100,0

(*) Inteso come maggior percettore di reddito
Fonte: elaborazione Censis su dati Banca d'Italia

Robusti patrimoni e certezza del reddito pensionistico rendono oggi i longevi una componente forte della società, che però non esita ad attivare intensi processi redistributivi, garantendo alle generazioni più giovani la sostenibilità economica.

Se è possibile stimare in 1,7 milioni i longevi che hanno ricevuto aiuto economico da parenti, amici, conoscenti per fronteggiare difficoltà economiche, sono ben 7 milioni quelli che, invece, contribuiscono al sostegno delle famiglie dei figli (figura 3).

Si tratta di flussi di risorse, anche significativi, che passano dai loro conti correnti a quelli di figli e nipoti – o che più semplicemente passano di mano in mano cash - una forma di finanziamento orizzontale che, con più o meno regolarità, integra redditi e capacità di acquisto delle famiglie e finanzia l'autonomia di vita dei giovani e meno giovani che non riescono con il solo reddito lavorativo, troppo spesso intermittente come il lavoro, a garantirselo.

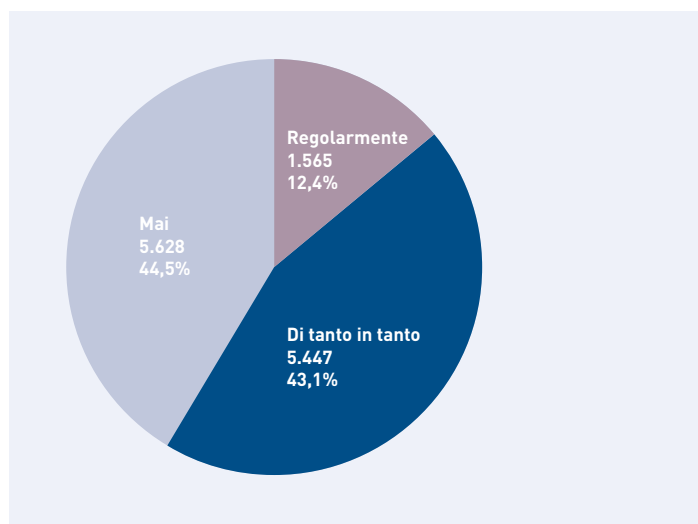
Oltre alle significative risorse economiche erogate, la bilancia del dare e avere tra generazioni pende positivamente dalla parte dei longevi anche per la contabilità sociale che afferisce al welfare informale di cui gli over 65 sono protagonisti, perché si prendono cura dei propri nipoti e/o di altri familiari, in particolare altri anziani totalmente o parzialmente non auto sufficienti.

I nonni italiani che badano ai nipoti portandoli a scuola, alle attività extra didattiche, preparando per loro il pranzo e/o la cena sono circa 9 milioni, di cui 3,2 milioni facendolo regolarmente e 5,7 milioni di tanto in tanto (figura 4).

I longevi che si prendono cura di altre persone anziane parzialmente o totalmente non autosufficienti in modo regolare sono oltre 972 mila e 3,7 milioni lo fanno di tanto in tanto (figura 5).

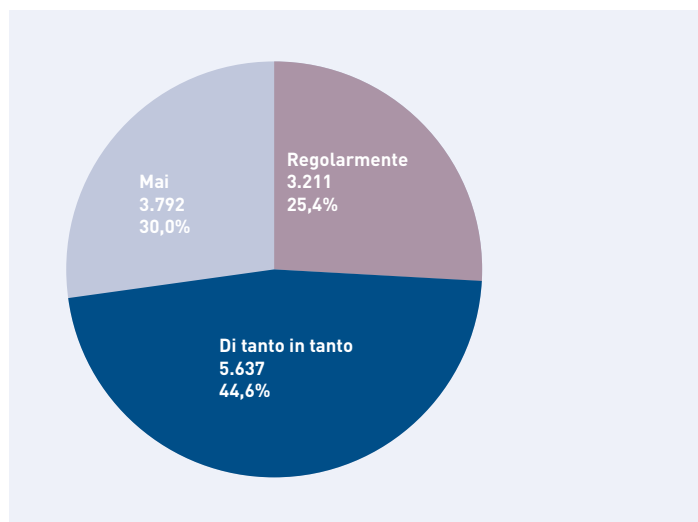
È anche questo un effetto del prolungamento delle aspettative di vita: sempre più persone che vengono definite anagraficamente anziane si prendono cura di genitori ancora in vita, di zii, parenti - ma a volte anche semplici conoscenti, amici coetanei o più anziani di loro - che hanno bisogno di un supporto nella vita di tutti i giorni.

Figura 3. Longevi che contribuiscono con i propri soldi alla famiglia di figli/nipoti (v.a. in migliaia e val. %)



Fonte: indagine Censis, 2014

Figura 4. Longevi che si occupano dei nipoti (v.a. in migliaia e val. %)



Fonte: indagine Censis, 2014

Quindi, ai flussi monetari diretti si aggiungono quelli indiretti, di produzione di servizi e prestazioni a vantaggio di altri membri della cerchia familiare, rendendo evidente il valore socioeconomico generato dai longevi e il suo carattere strategico per la sostenibilità economica delle reti familiari.

È molto alto il valore sociale di questa azione redistributiva orizzontale dei longevi, che contrasta con quell'immagine di egoismo generazionale che troppo spesso viene veicolato sui media, e che si materializza nella idea della concentrazione patrimoniale o della testarda difesa del proprio ruolo nel mondo del lavoro.

Proprio la funzione di supporto orizzontale, sempre meno sommersa, impone grande cautela nell'interpretare esclusivamente come un indicatore di dipendenza il rapporto tra i longevi (in gran parte pensionati) e la popolazione occupata in un territorio.

È infatti altamente probabile che i longevi pensionati siano oggi i terminali di una rete di protezione sociale implicita, a cui si deve anche la tenuta di molti territori duramente colpiti dalla crisi e non beneficiati ad oggi della ripresa.

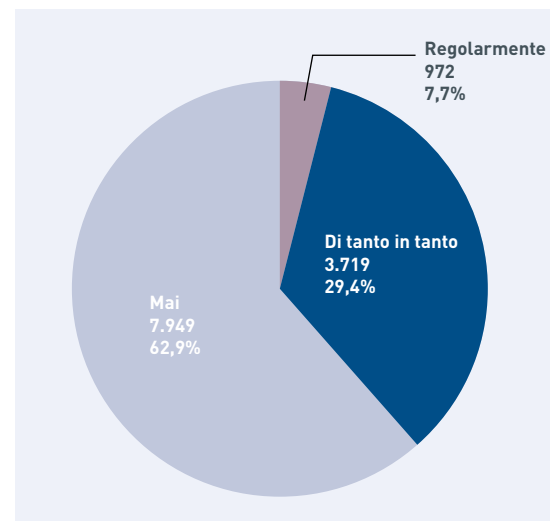
4.3 Interpreti di valori attuali

La contemporaneità dei valori e degli stili di vita propri delle vecchie generazioni è un riferimento valoriale e immateriale importante che molto può dire e dare alla società italiana, a testimonianza del fatto che il contributo dei longevi non è solo materiale, di risorse monetarie e servizi di care.

Esperienze e valori dei longevi sono riconosciuti oggi come particolarmente utili per rilanciare lo sviluppo in forme nuove, uno sviluppo che si pensa dovrà essere sempre più sostenibile e lontano dalla concitazione consumista e quantitativista delle culture prevalenti sino alla crisi del 2008.

Infatti, gli over 65 incarnano, come storia generazionale, la sobrietà come stile di vita e come rapporto coi consumi; un approccio che sembrava perso nel passato e che invece oggi segna il modello di consumo prevalente in discontinuità con il consumo compulsivo precedente.

Figura 5. Longevi che si prendono cura delle altre persone anziane (v.a. in migliaia e val.%)



Fonte: indagine Censis, 2014

La neosobrietà è non più, infatti, virtù di poche persone, in particolare anziani, ma riferimento valoriale primario, modalità molto concreta di gestione del reddito e della spesa per consumi.

Così pratiche quotidiane, semplici, che riguardano il modo di fare la spesa improntato a discernimento e autocontrollo, il modo di gestire la dispensa o gli armadi scevro da eccessi, sprechi, iperconsumi, o anche il modo di gestire il proprio reddito meno compulsivo nell'utilizzare le risorse per i consumi, non sono più viste come incarnazione di un passato di scarsità -ormai superato e da dimenticare - piuttosto come mature e condivisibili pratiche che sanno fare i conti con la finitezza delle risorse e l'essenzialità del riciclo, del riuso contro ogni spreco.

E il set di valori che afferisce alla storia generazionale dei longevi è molto ampio: essi incarnano, ad esempio, l'importanza dell'impegno, in alcuni casi sino al sacrificio, per raggiungere obiettivi personali e sociali, oltre e contro le logiche del *tutto subito*; e sono da sempre portatori di una cultura della responsabilità individuale fatta di fedeltà all'oggetto e cose *ben fatte*.

Impegno, risultati ottenuti come esiti di investimento e capacità individuale, responsabilità, attenzione e cura per il proprio lavoro e poi cultura del limite, tutti valori tipici delle generazioni dei longevi che oggi sono percepiti come essenziali dagli italiani e fino a poco tempo fa erano bollati invece come passatisti. Stili di vita e costellazioni di valori dei longevi, pienamente in fase con il clima socioculturale, rendono i longevi, forse per la prima volta, in sintonia con i valori *mainstream* della società e, in particolare, dei più giovani.

Non sorprende quindi che tra i valori e i modi di pensare che si ritiene che i longevi possano trasmettere alle altre generazioni (tab. 15) prevale il richiamo a:

- a necessità di impegno e sacrificio per raggiungere gli obiettivi, vale a dire l'idea che non si può avere tutto subito (indicata come valore da trasmettere alle altre generazioni dal 35,5% degli italiani);
- la cultura della responsabilità individuale che consente di comprendere che bisogna fare le cose bene, con cura (indicata dal 34,5%);
- il senso del cambiamento nel tempo, la caducità di tutte le cose perché tutto cambia nel tempo (riconosciuto dal 31% degli italiani);
- l'altruismo, l'attenzione agli altri (30,8%);
- il senso del limite (22,8%).

Tabella 15. Valori e modi di pensare che i longevi possono trasmettere alle altre generazioni, confronto per età (val. %)

Ci sono valori/modi di pensare e/o agire che gli anziani possono trasmettere alle altre generazioni?	18-64 anni	65 ed oltre	Totale
La necessità dell'impegno, del sacrificio per raggiungere gli obiettivi	36,0	34,0	35,5
Una cultura della responsabilità individuale	34,4	34,7	34,5
Il senso del cambiamento nel tempo	31,5	29,6	31,0
L'altruismo, l'attenzione agli altri	30,6	31,3	30,8
Il senso del limite	22,8	22,7	22,8
No, nessuno	3,3	3,3	3,3

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte
Fonte: indagine Censis, 2014

Significativo è il fatto che tali opinioni sembrano attraversare trasversalmente le diverse generazioni di italiani e non sono appannaggio esclusivo di longevi che rivendicano, inascoltati, la validità del proprio sistema di valori. Giovani-adulti e adulti condividono lo stesso convincimento, anzi, per alcuni aspetti, sono proprio le persone più giovani a rimarcare l'importanza dell'eredità delle generazioni più anziane: è il caso dei concetti di impegno e sacrificio in funzione del raggiungimento degli obiettivi segnalati dal 36% dei 18-64enni rispetto al 34% degli over64, oppure del senso del cambiamento nel tempo (31,5% contro 29,6%) e del senso del limite (rispettivamente 22,8% e 22,7%).

Inoltre, l'80,1% degli italiani – ed anche in questo caso le differenze di opinione tra i longevi stessi e le altre generazioni intervistate sono risibili - pensa che i longevi siano una risorsa per la nostra società a cui è importante attingere, il 54,4% riconosce l'importanza *dell'esperienza e della memoria* di cui sono portatori e il 25,7% sottolinea il contributo che possono dare alla comunità in quanto meno assillati da lavoro e famiglia (tab. 16).

In buona sostanza, i longevi - dopo una lunga fase di marginalità socioculturale e collocazione valoriale in antitesi ai valori giovanilisti - sono riscoperti come interpreti sorprendenti di valori decisivi, rispetto ai quali nel postcrisi si ridefiniscono economia e società.

Cultura della sostenibilità, del riciclo, logiche e pratiche dell'economia circolare finiscono per creare uno straordinario ponte di valori tra i longevi e i più giovani, attratti da stili di vita postconsumeristi, forme di *no global* a-ideologico, fatto di autenticità, riscoperta di risorse e valori locali senza rinserramenti o chiusure, aperto alla globalità orizzontale del web.

Tabella 16. Il ruolo dei longevi nella società, confronto per età (val. %)

Lei ritiene che i longevi siano una risorsa per la società?	18-64 anni	Oltre 64 anni	Totale
Sì	80,0	80,4	80,1
<i>di cui:</i>			
- perché sono portatori di esperienza, memoria	54,9	52,9	54,4
- perché sono meno assillati da lavoro e famiglia e possono dare molto alla comunità	25,1	27,5	25,7
No	20,0	19,6	19,9
<i>di cui:</i>			
- perché invecchiando si diventa più individualisti, si pensa più a se stessi	8,5	8,4	8,5
- perché invecchiando si diventa più fragili e bisognosi di aiuto	11,5	11,2	11,4
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis

4.4. Soddisfatti e con una nuova voglia di investire su stessi

Quando per lungo tempo la longevità è stata sistematicamente associata al declino, alla marginalità sociale e relazionale, ad essa si è accompagnato il rischio, tra la popolazione più anziana, di erosione dell'autostima e di ingresso nella spirale della depressione.

Una delle caratteristiche qualificanti della nuova longevità risiede proprio nella concreta propensione all'investimento sulla propria vita dopo i 65 anni, un investimento ad ampio raggio che può essere esercitato, come si è detto, nella dimensione familiare ma che si indirizza verso una pluralità di contesti ed attività:

- se già oggi, ed in prospettiva sempre di più, si è di fronte ad un prolungamento della permanenza nell'età adulta e nella fase lavorativa - gli occupati over65 sono passati dai 342.781 del 2004 ai 516.694 del 2016 (+50,7%);
- e da questo punto di vista l'innalzamento progressivo dell'età pensionabile non fa altro che conciliare esigenze di equilibrio di bilancio con una tendenza già in atto in larghi strati della popolazione;

- la vera discontinuità rispetto a quella che potremmo definire come una sorta di rassegnazione all'inattività, al livellamento verso il basso delle proprie aspettative, è rappresentata dal fatto che il "passaggio di fase" è considerato piuttosto un'opportunità di riprogettazione della propria vita, non solo per dedicare più tempo alla famiglia ma anche per intraprendere attività e coltivare interessi, nuovi o che magari nel passato si era dovuto abbandonare.

Una volta liberati dagli impegni gravosi dell'età adulta, molti degli over 65 italiani scelgono, se ne hanno la possibilità, di riempire questa fase della vita con progetti e attività gratificanti per il proprio benessere psicofisico. Per questo la partecipazione ad una molteplicità di attività artistiche, creative o di puro divertimento sono molto di più che una rappresentazione folkloristica, sono un movimento sociale rigenerante persone che non hanno intenzione alcuna di ripiegare sulla pura memoria del proprio passato. Corsi d'arte, pittura, cinema, teatro e poi palestra, attività fisiche varie sono solo alcuni degli esempi più significativi di attività che riempiono la quotidianità di tanti longevi italiani. Al cuore di tutto c'è la possibilità di scegliere soggettivamente cosa fare del proprio tempo, liberato dalle concitate ossessioni lavorative e familiari dell'età adulta. È questo uno dei cardini della nuova longevità, che la rende radicalmente diversa da quelle delle altre generazioni.

E l'impatto sull'autopercezione di se stessi e della propria vita è assolutamente positivo: infatti, proprio l'esercizio della libertà di scelta, unito alla gratificazione generata dalla attività che svolgono e dall'eventuale ruolo nelle reti sociali spiega perché l'84,5% dei longevi si dichiara molto o abbastanza soddisfatto della propria vita: di questi, il 48,6% perché fa le cose che gli piace fare e che lo gratificano e quasi il 36%, pur soddisfatto, vorrebbe addirittura fare molte più cose di quante ne faccia attualmente. La soddisfazione nasce dal fatto di sentirsi libero e di poter finalmente affermare "*faccio ciò che voglio e mi piace*" senza alcun vincolo. Più che le attività in sé, a generare soddisfazione e gratificazione è la possibilità di costruire la propria costellazione di iniziative che poi riempiono il tempo di vita. Non più costrizioni, obblighi sociali ma scelte, attività su cui investire tempo, risorse, energie in autonomia. E se la valutazione positiva tende a decrescere al crescere dell'età, sintomo dell'affacciarsi delle prime limitazioni all'autonomia, non del tutto sorprendente alla luce delle considerazioni finora effettuate appare il fatto che ben il 71,4% degli ultraottantenni esprima soddisfazione per la propria vita, il 34,6% proprio perché fa le cose che vuole fare (tabella 17).

Non a caso alla richiesta di descrivere la propria condizione, il 47% dei longevi intervistati indica la definizione *libero di fare quello che desidera*, il 36% si ritiene *utile agli altri*, quasi il 19% è *appagato da quello che ha fatto nella vita* ed il 14% ha aperto a nuove amicizie, conoscenze, incontri. Solo una minoranza si sente fragile, stanco, deluso o preso dai propri problemi (tabella 18).

Né fragili, né marginali ed isolati, ma coinvolti, attivi, soddisfatti, questa la triade definitoria che più esprime l'età longeva nel momento attuale.

Tabella 17. La valutazione che gli anziani danno della loro vita, per età (val. %)

Come valuta la sua attuale vita?	65-69 anni	70-75 anni	76-80 anni	Oltre 80 anni	Totale 65 anni e più
Positivamente	90,6	87,8	75,0	71,4	84,5
<i>di cui:</i>					
- faccio le cose che vorrei, che mi gratificano e fanno stare bene	60,1	48,9	34,4	34,6	48,6
- anche se mi piacerebbe fare più cose o cose diverse	30,5	38,9	40,6	36,8	35,9
Negativamente	9,4	12,2	25,0	28,6	15,5
<i>di cui:</i>					
- è una vita noiosa, poco gratificante	5,6	9,4	18,8	19,8	11,0
- ho troppi problemi, troppi guai	3,8	2,8	6,2	8,8	4,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis

Tabella 18. Autopercezione dei longevi della propria condizione (val. %)

	Val. %
Libero di fare quello che desidero	46,8
Utile agli altri	36,0
Appagato da quello che ha già fatto nella vita	18,8
Aperto a nuovi incontri, conoscenze, amicizie	13,9
Fragile, spesso indeciso sulle cose da fare	11,4
Stanco, con tanta voglia di riposare	9,8
Troppo preso dai miei problemi	8,3
Deluso, mi aspettavo più riconoscenza dai familiari/società per quello che ho fatto	5,9
Impegnato/proiettato verso nuovi obiettivi e nuovi progetti	1,9

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis

4.5 Il valore della relazionalità

È ormai appurato che nella percezione delle persone e nella cultura sociale collettiva prevalente *la non autosufficienza è la porta d'accesso alla vera vecchiaia*, il nuovo spettro che aleggia perché rende *l'io prigioniero*, che sia allettato o costretto su una sedia a rotelle, in ogni caso dipendente dall'aiuto di altre persone fin nei movimenti e nelle funzioni più intime.

La non autosufficienza fa paura perché rende dipendenti dagli altri e rende difficile praticare in autonomia un altro aspetto decisivo della buona longevità: la relazionalità, l'essere protagonista attivo delle tante reti relazionali che attraversano la nostra società.

Questo è anche uno degli aspetti che distinguono la longevità attuale da quella del passato, quando il trascorrere dell'età e, in molti casi il pensionamento erano la soglia di avvio di una marginalizzazione umana e sociale che condizionava in modo decisivo il vissuto delle persone.

Nella voglia di relazionalità viene attenuata la grande paura della solitudine che pur non essendo monopolio dei longevi, al trascorrere degli anni diventa più forte e minacciosa.

In Italia è alta ed in tendenziale crescita la quota di anziani che vivono soli, e che pertanto hanno assoluto bisogno di esprimere la loro socialità con persone fuori dal nucleo di familiari coabitanti. Si tratta di più di 3,7 milioni di persone, pari al 47,4% del totale degli over65, tra i quali molto forte è la componente femminile (61,6% del totale delle loro coetanee) (tabella 19).

Conoscere e entrare in relazione con gli altri diventa una necessità vitale, attraverso la quale vivere le proprie scelte, praticare le nuove abitudini, esercitare le proprie funzioni sociali o, semplicemente, condividere tempo e cose da fare.

La voglia e propensione alla relazionalità degli anziani è un valore sociale decisivo, troppo spesso sottovalutato; in realtà, in una società di molecole solitarie, monadi che stentano a comunicare e incontrarsi, gli anziani possono diventare o almeno si candidano nei vari ambienti ad essere generatori di reti sociali, animatori di luoghi di comunità dove le persone si incontrano, riconoscono, condividono.

Tabella 19. Persone sole di 65 anni ed oltre per genere e stato civile (*), 2015 (v.a. in migliaia e val.%)

	v.a. (in mgl)	Val. %
Totale persone sole di 65 anni ed oltre	3.752	47,4
Uomini di 65 anni ed oltre	926	27,9
Donne di 65 anni ed oltre	2.826	61,6
Uomini per stato civile		
celibe	217	23,5
separato, divorziato	209	22,6
vedovo	500	54,0
Donne per stato civile		
nubile	313	11,1
separato, divorziato	181	6,4
vedovo	2.333	82,6

(*) Media biennale Indagine Multiscopo, Istat
Fonte: Istat

La relazionalità dei longevi non è infatti confinata alle reti familiari: il 96,6% dei longevi dichiara di avere amici (ed il 59,7% amici di altre generazioni) il 14,9% incontra gli amici tutti i giorni, il 26,7% più di una volta a settimana, il 17,8% almeno una volta a settimana. La frequenza assidua delle proprie amicizie è usuale soprattutto tra gli uomini (20,3%, valore che si confronta con il 10,2% di donne che vedono gli amici tutti i giorni), mentre è equivalente la quota di uomini e donne che incontrano gli amici più di una volta a settimana (rispettivamente, 26,6% e 26,9%) (tabella 20).

Tabella 20. Longevi per frequenza con cui vedono gli amici, per sesso, 2015 (val.%)

	Tutti i giorni	Più di una volta a settimana	Una volta a settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta l'anno	Mai	Totale
Totale 65 anni e oltre	14,9	26,7	17,8	19,1	10,3	7,7	96,6
<i>di cui</i>							
Uomini	20,3	26,6	18,3	17,6	9,0	5,5	97,3
Donne	10,2	26,9	17,3	20,5	11,5	9,7	95,9

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

E poi c'è anche una relazionalità più intima, affettiva, con il 54,2% che dichiara di essere innamorato e oltre il 53% che ritiene che la sessualità sia una componente importante quando avanza l'età, dividendosi tra chi ritiene che sia come nelle altre fasi della vita (20,3%) e chi invece pensa che possa assumere forme anche diverse rispetto al passato (33,0%).

Innamorati o meno, nell'ambito di un'altra indagine Censis gli over 65 non sposati hanno dichiarato di avere comunque una relazione di coppia stabile (30,0%) o di avere una o anche più relazioni di coppia non stabili (7,9%).

Relazioni amorose che sottintendono anch'esse una progettualità, dato che risultano in costante aumento anche i matrimoni, civili o religiosi, contratti da persone con almeno 65 anni (tab. 21). Si tratta, è vero, di piccoli numeri ma emblematici di un approccio alla vita sicuramente non rinunciatario. E se non stupisce il fatto che a sposare persone più giovani di loro siano soprattutto gli uomini, è opportuno evidenziare che tale eventualità appare in sostenuto incremento anche tra le donne: tra il 2012 ed il 2015 le over64 che hanno contratto matrimonio con una persona più giovane sono passate da 975 a 1.333 (+36,7%), così come in aumento risultano essere i matrimoni in cui entrambi gli sposi hanno compiuto almeno 65 anni.

Tabella 21. Matrimoni con sposi longevi, 2012-2015 (v.a. e per 1.000 matrimoni)

	Con sposo con 65 anni e più	Con sposa con 65 anni e più	Con entrambi gli sposi con 65 anni e più
	v.a.		
2012	4.063	975	778
2013	4.332	1.109	911
2014	4.458	1.167	900
2015	5.005	1.333	1.027
	per 1.000 matrimoni		
2012	19,6	4,7	3,8
2013	22,3	5,7	4,7
2014	23,5	6,1	4,7
2015	25,7	6,9	5,3

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

La produzione di relazionalità e la voglia di essere interni ad essa nei vari ambiti è forse la più forte spinta al coinvolgimento in attività e progetti, che hanno valore non solo per i beni e servizi che generano, ma soprattutto perché sono piattaforme di socializzazione tra le persone.

E le relazioni non hanno implicazioni puramente immateriali, ma impattano fortemente anche sulla qualità della vita delle persone, sull'autostima, sull'idea di se stessi e, in ultima analisi, sullo stato di salute.

La relazionalità è molto più che una terapia preventiva della depressione, è il meccanismo più efficace di promozione del benessere dei singoli e delle comunità.

4.6 Il virtuoso intreccio tra digitale e longevità attiva

Il digitale è la dimensione che più delle altre può incidere sull'esito sociale dell'invecchiamento della popolazione, ed occorre avere ben presente che si tratta di una innovazione dagli esiti socialmente ambivalenti, poiché da un lato, genera rischi di marginalizzazione ed autoesclusione e, dall'altro, è portatrice di straordinarie opportunità.

Non si può negare che, nell'immediato, il digitale evochi negli anziani prevalentemente esclusione e ampliamento delle distanze sociali dalle altre classi di età, perché è diversa al momento la capacità di accedere e utilizzare i principali *device* tecnologici.

Dall'introduzione di pc e cellulari sino ai più recenti *device* tecnologici, nella quotidianità i tassi di loro utilizzo da parte degli anziani, seppur aumentati significativamente nel tempo, sono rimasti largamente inferiori alla media delle altre classi di età, anche perché la non semplicità di utilizzo che spesso li caratterizza ha reso dirimente la capacità di apprendimento e adattamento delle persone, che è più alta tra i nativi digitali e tende a ridursi nelle generazioni degli adulti e più ancora in quelle dei longevi.

Non si può pertanto sottovalutare il digital divide che penalizza gli anziani, tanto più ora che si registra l'intenzionalità politica di accelerare l'agenda digitale anche per le grandi amministrazioni pubbliche di cui gli anziani sono tra i principali utenti.

In questi casi, il rischio più alto è quello di generare nuovi tipi di dipendenza poiché gli anziani finiranno per dover chiedere supporto a figli e nipoti o ad altre persone di altre classi di età alfabetizzati al digitale. Una non autosufficienza di nuovo conio che penalizza pesantemente e rende molto più fragili gli anziani, se non per quella parte ridotta ma non residuale che già oggi utilizza i *device* e i servizi digitali.

I dati sulla dieta mediatica degli italiani monitorata dal Censis indicano che:

- il 16,2% degli anziani utilizza uno smartphone di contro al 64,8% del totale popolazione;
- il 31,3% è su internet, mentre lo è il 73% nella popolazione totale;
- il 20,9% è sui social network, di contro al 65%;
- il 12,1% utilizza Whats App, a fronte del 61,2% dato medio della popolazione.

Appare interessante evidenziare che, tra i longevi che hanno saputo tenere il passo con l'innovazione digitale, dotandosi di smartphone o tablet, si evidenzia una maggiore tendenza ad installare sul proprio *device* *app* funzionali alla loro quotidianità e al tempo libero: i longevi sono tra i frequenti utilizzatori di applicazioni che riguardano la meteorologia (65,2% contro una media del 59,8%), oppure di mappe che

orientano gli spostamenti di breve e lungo raggio (50,1% contro 45,0%), e più in generale di applicazioni che facilitano la mobilità ed anche la programmazione e la realizzazione di attività turistiche (il 22,2% ha scaricato ed utilizza app che riguardano trasporti, turismo, viaggi, mentre tale valore si attesta al 14,0% nel totale della popolazione).

Sono piccoli esempi di felice connubio con il mondo digitale che passa per l'utilizzo di utilities che permettono ai longevi di semplificare le loro attività quotidiane.

Eppure l'eco-sistema digitale è portatore di una gamma molto ben più ampia di benefici che potrebbero riverberarsi sulla longevità attiva, se si sviluppessero politiche ed iniziative volte ad aumentare il numero di utilizzatori anziani, che vadano dalla sensibilizzazione e formazione alla incentivazione a proporre device e sistemi d'accesso tailorizzati.

Tralasciando per il momento l'ambito più evidente della sanità digitale - rispetto al quale si rimanda alle pagine successive, molte sono le dimensioni che spiegano la potenzialità del nuovo nesso digitale-longevità attiva.

Una prima dimensione positiva riguarda la relazionalità, quella legata ai servizi di messaggistica video e voce utilizzabili con smartphone, tablet o anche pc.

La relazionalità virtuale della messaggistica digitale non potrà mai sostituire il calore e il valore della relazionalità diretta, *de visu*, con contiguità fisica e tuttavia guai a sottovalutare il suo straordinario valore, fosse pure di sola integrazione delle relazioni dirette.

Infatti, la messaggistica virtuale consente di coltivare rapporti con familiari e amici saltando le difficoltà e i vincoli temporali e di ogni tipo del quotidiano di vite concitate, azzerando gli ostacoli agli spostamenti; inoltre, in tempi di giovani nomadi globali è il più formidabile strumento per preservare contatti e relazione con i propri cari lontani.

Dispiegare il potere connettivo della messaggistica significa fornire agli anziani strumenti potenti per stare dentro le reti relazionali e, fatte salve le esigenze di sicurezza e privacy, anche fornire un canale per rinnovare la propria rete relazionale.

Da non trascurare anche la componente di "rassicurazione", derivante dalla certezza di poter raggiungere in tempo reale la propria cerchia familiare ed amicale.

Altra dimensione rilevante che il digitale apre per gli anziani in termini di benefici potenziali, è quella della domotica e degli aspetti della *digital transformation* che possono contribuire a realizzare contesti abitativi, luoghi di vita, *age proof*, cioè modulati sulle esigenze di persone che col passare degli anni devono confrontarsi con l'insorgere di deficit più o meno marcati di tipo fisico e, a volte, psichico.

In prospettiva, quindi, la domotica può costituire la chiave di volta per innalzare la soglia di autonomia delle persone, garantendo loro la possibilità di vivere da sole, senza dipendere da altri. È evidente che le soluzioni domotiche, rimodulando i contesti abitativi in funzione di specifici e individuali bisogni, sono la risposta che maggiormente può alimentare le schiere dei longevi attivi, allontanando nel tempo quello che, come si è detto, viene percepito come l'effettivo ingresso nella fase di anzianità, il momento in cui non si è più autosufficiente.

Non sorprende, dunque, che gli anziani siano particolarmente sensibili alla possibilità di avere sostegno monetario o agevolazioni fiscali per l'installazione di soluzioni di domotica che migliorano la qualità della vita nel quotidiano.

Benefici potenziali diffusi, rilevanti, significativi, in più ambiti: questo l'esito possibile nel lungo periodo della *digital transformation* sulla vita degli anziani.

Sul piano sociale, poi, il contributo a innalzare le soglie di autonomia individuale contribuirebbe a ridurre il fabbisogno assistenziale e le connesse spese sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali.

Il digitale per longevi potrebbe essere all'origine di una colossale operazione di *downgrading* della spesa per il welfare, che libererebbe risorse da utilizzare per altri investimenti funzionali al benessere degli stessi anziani.

In definitiva, l'alleanza tra digitale e longevità attiva è una delle sfide più importanti per capovolgere la diffusa preoccupazione sui costi sociali dell'invecchiamento; il suo esito dipende dall'evoluzione culturale spontanea degli anziani, da un lato, e dalle opzioni delle politiche pubbliche e anche dei grandi soggetti privati dell'Ict che devono puntare con la stessa determinazione con cui stanno operando in altri campi dell'innovazione, sulla semplificazione radicale delle modalità di utilizzo dei device nonché sul trasferimento delle opportune competenze anche agli anziani così da far lievitare i loro tassi di utilizzo.

5. Il buon rapporto con il corpo paradigma della longevità

5.1. Sanità, salute e relazionalità: dove si costruisce il buon rapporto con il corpo e lo *star bene*

Il rapporto dei longevi attuali con il proprio corpo è uno degli aspetti paradigmatici della longevità attiva, utile per raccontare la realtà complessa ed eterogenea di chi ha varcato la soglia dei 65 anni. La positiva lettura della condizione longeva attuale non è pura parzialità o esaltazione di poche e non rappresentative esperienze, ma si fonda sulla materialità di comportamenti largamente diffusi. Come è stato già più volte sottolineato - ma giova ribadirlo - gli attuali longevi hanno meno paura di invecchiare rispetto alle generazioni precedenti e affrontano questa tappa della vita, laddove le condizioni psicofisiche lo permettano, con la convinzione che la longevità serena e appagante dipenda anche dalle proprie scelte, a cominciare dall'assunzione di una serie di abitudini quotidiane adeguate. La longevità attiva investe la molteplicità degli ambiti di vita individuali e collettivi, e quindi è un macro fenomeno complesso non sempre direttamente osservabile e quantitativamente traducibile nel suo insieme ma che, per essere analizzato e compreso va destrutturato in concrete fenomenologie osservabili e rilevabili quantitativamente.

È opportuno dunque, nel contesto ampio del rapporto che i longevi hanno con il proprio corpo, isolare quegli elementi paradigmatici che consentano di darne concreta visibilità e tra questi senza dubbio è imprescindibile fare riferimento al rapporto con la sanità, a quello con la salute in senso più ampio ed, ancora una volta, alla sfera della relazionalità, che ne costituisce una chiave di lettura trasversale:

- *il rapporto con la sanità*, con i servizi e le prestazioni sanitarie, coinvolge ovviamente il rapporto con gli operatori sanitari e i servizi, ed è particolarmente emblematico della nuova temperie nel campo della medicina riparativa rispetto alle piccole patologie, agli esiti di eventi avversi, che restituisce una più alta funzionalità ai longevi. Ne sono esempi molto diffusi l'intervento sull'opacamento del cristallino, sulla rottura del femore o di altri arti, che sono oggi interventi di routine e facilmente superabili, mentre non tantissimi anni fa cataratta e rottura del femore erano ineludibilmente fattori di "menomazione" e riduzione della autonomia delle persone.

Da mettere in luce sono alcuni aspetti della medicina di prossimità, come i centri e presidi territoriali che, con le relative equipe di operatori, sono impegnati anche in prestazioni a domicilio.

Tra le forme in cui si concretizza il moderno rapporto tra longevi e sanità, ci sono poi da considerare le strutture che già oggi utilizzano tecnologie Ict per analisi, accertamenti, controlli in remote per specifiche patologie o solo per monitorare i pazienti longevi. Interessanti infine sono, da un lato, le esperienze di sanità comunitaria (ad esempio, l'infermiere di comunità) e, dall'altro, quelle residenziali per persone autosufficienti, che vogliono avere un accesso tempestivo, in caso di bisogno, a personale sanitario.

- *Il rapporto con la salute*, così come si dispiega nella fattispecie di stili di vita salutari, di abitudini che posso essere considerate forme di prevenzione, in quanto promuovono la buona salute e/o riducono il rischio dell'insorgere di patologie. Rigetto del fumo, moderato consumo di alcolici, attività fisica, corretta alimentazione sono i comportamenti più noti e sono tutte pratiche che hanno positivi impatti sulla condizione fisica e mentale dei longevi.
- A ben osservare - così come nel rapporto con la sanità il fattore relazionale è dirimente - nelle pratiche e negli stili di vita dei longevi che si conformano alla buona salute, vi sono - è vero - attività e comportamenti a fruizione o scelta individuale, ma altri invece implicano la condivisione con altre persone, è, soprattutto, tutti hanno esiti che direttamente o indirettamente coinvolgono anche altre persone o addirittura l'intera collettività. *La longevità attiva ha un requisito costitutivo nella relazionalità* che sul piano individuale gioca un ruolo rilevante per lo stare bene dei longevi e sul piano sociale è in fondo uno dei contributi più importanti che i longevi danno al benessere collettivo. È quindi utile ipotizzare la relazionalità come una sorta di fattore trasversale agli ambiti suddetti, che ha un suo valore specifico e che merita pertanto di avere un proprio specifico profilo nella rappresentazione. In precedenza, si è sottolineato il suo valore e il fatto che essa non è confinata alla sola sfera familiare o amicale, ma è fortemente intrecciata con la molteplicità di iniziative, attività, progetti che coinvolgono e vedono protagonisti i longevi. L'attenzione quindi va rivolta alle modalità concrete con cui la relazionalità si dispiega mettendo in luce come l'azione dei longevi genera benefici per tutta la comunità.

5.2. Le buone pratiche sanitarie

Il rapporto con la sanità è una dimensione significativa della vita dei longevi, utilizzata con il fine esplicito di tutelare e/o ripristinare uno stato di salute adeguato.

Comportamenti e scelte testimoniano di un atteggiamento razionale, fatto sia di rispetto e utilizzo delle indicazioni del sapere esperto, a cominciare da quello dei medici, sia di capacità di praticare entro certi limiti una gestione soggettiva delle terapie prescritte.

Non c'è tra gli anziani un atteggiamento sfidante il sapere medico, piuttosto un'attenzione a utilizzarlo in modo pratico, quotidiano, efficace.

Il ricorso alla sanità per tutelare la buona salute è testimoniata dal fatto che il 93,5% dei longevi italiani svolge regolarmente controlli sanitari che rientrano nel novero della prevenzione sanitaria primaria; il 74,4% svolge periodicamente esami medici con finalità di prevenzione generale, quali le analisi del sangue, gli accertamenti tramite imaging, il calcolo del rischio cardiovascolare e gli esami specialisti riguardanti una specifica patologia, tra cui soprattutto i controlli oncologici.

Sono soprattutto le donne le più attente in genere agli aspetti di prevenzione, e più che in passato fanno ricorso a controlli citologici e mammografici anche in età avanzata. Nel 2013, è del 60,8% la quota di donne con più di 65 anni che hanno effettuato lo screening con il pap test almeno una volta, con un aumento di circa 10 punti percentuali rispetto al 2005. Nel medesimo arco temporale, si passa dal 46,7% al 63,8% di donne over64 che si sono sottoposte a mammografia, con un incremento particolarmente sostenuto tra le ultrasettantacinquenni (dal 31,1% al 52,4%).

Cardine del rapporto dei longevi con la sanità è il medico di medicina generale, da cui gli anziani si recano con relativa regolarità per consulti, indicazioni, prescrizioni relative non solo a patologie conclamate o a sintomi di patologie, ma anche per soluzioni di prevenzione. È infatti una quota assolutamente residuale, inferiore al 6%, quella che nel corso di un anno non si reca mai dal proprio medico.

Il rapporto con il medico è fatto di una adesione attenta alle sue indicazioni, tanto da renderlo fulcro della gestione della propria salute; non a caso gli anziani hanno una *compliance* molto alta, con il 92% che dichiara di rispettare in modo rigoroso le prescrizioni mediche, dagli accertamenti e visite prescritti alle terapie farmacologiche.

Il carattere fiduciario del rapporto dei longevi con i medici è provato in modo indiretto anche dal fatto che la quota di anziani che per uno stesso sintomo si fa visitare da più medici per poi confrontarne le diagnosi e le terapie è nettamente inferiore a quella delle altre classi d'età: si tratta del 23,7% del totale, mentre questo atteggiamento interlocutorio e dubitativo è proprio del 32,6% della popolazione nel suo complesso. Tre anziani su quattro, dunque, in presenza di uno o più sintomi, si rivolgono ad un medico di fiducia, e ne accettano la diagnosi e le indicazioni terapeutiche.

Il medico resta per i longevi centrale anche per gli aspetti di tutela della salute che prevedono una forte responsabilità individuale: il 56,3% di essi dichiara che è grazie allo stimolo ricevuto dal proprio medico che ha iniziato ad adottare comportamenti salutari.

Smettere di fumare, mangiare in modo corretto, svolgere attività fisica sono altrettante scelte che per buona parte dei longevi non nascono spontaneamente, per iniziativa propria; per loro esplicita dichiarazione sono esito di stimoli provenienti dal medico, cosa che rende trasparente l'importanza che per la attuali generazioni di longevi gioca l'approccio degli operatori sanitari rispetto a peso e strategicità delle forme di prevenzione primaria.

Con una epidemiologia molto condizionata dalla cronicità, in cui sono evidenti i costi sociali della mortalità evitabile e più ancora quella della non autosufficienza prolungata, nel rapporto tra longevi e medici è inscritto il segreto di soluzioni ad alto impatto sull'evoluzione della sostenibilità del servizio sanitario nonché sulla qualità della vita dei longevi stessi.

Iniziative diffuse di prevenzione rispetto alle patologie cerebro cardiovascolari, tumorali e di altro tipo fortemente condizionate nella loro insorgenza dagli stili di vita, rientrano di diritto e di fatto nell'alveo delle buone pratiche sanitarie, soprattutto quando rivolte agli anziani e ancora più nei casi in cui rendono questi ultimi protagonisti del processo di radicamento nella popolazione della consapevolezza del valore degli stili di vita salutari.

Rapporto preferenziale e fiduciario con i medici e forme pratiche e minute di prevenzione quotidiana costituiscono lo sfondo su cui si innesta un'offerta della medicina contemporanea che, in taluni casi in maniera ormai consolidata e diffusa, in altri con grandi potenzialità, riesce a rispondere ai bisogni di persone che hanno nella propria autonomia il bene più importante.

Ci si riferisce in primo luogo alla cosiddetta *medicina riparativa*, ossia l'insieme di quegli interventi che consentono di ripristinare la funzionalità operativa del corpo, in presenza di defaillance legate a piccole patologie, fastidi o anche piccoli eventi avversi, insomma le conseguenze della naturale "usura" del corpo con il passare degli anni.

Un primo rilevante esempio è costituito dagli interventi della cataratta: in Italia ogni anno ne sono eseguiti 550 mila, di cui oltre 19,3 mila in regime di ricovero ordinario, quasi 125 mila in day surgery e 412 mila in ambulatorio.

Altro esempio sono gli interventi che salvaguardano la capacità di deambulazione delle persone (ci sono circa 100.000 mila interventi di protesi all'anca ogni anno, con un aumento negli ultimi 15 anni del +145%) o la funzionalità degli arti superiori: interventi che oggi grazie a tecnologie, competenze e professionalità sono diventati massificati, molto più semplici e meno invasivi.

L'effetto netto di questi interventi ormai così diffusi che innalzano la soglia di autonomia delle persone anziane è quello, anche psicologico, di vivere con maggiore serenità l'eventuale insorgere di problemi di questo tipo, di considerarli una sorta di *pit stop* per riprendere la corsa della vita.

Un altro filone di grande interesse per la longevità attiva contemporanea è la sanità di territorio e domiciliare, risposta assistenziale appropriata alle cronicità ed ai relativi fabbisogni sociosanitari e assistenziali.

Il futuro della sanità italiana è - nella percezione collettiva dei cittadini così come nella scenaristica degli esperti - non più centrata sugli ospedali, ma diffusa sul territorio, come un rete capillare, a bassa intensità, in grado di dare continuità assistenziale presso il domicilio del paziente, in modo leggero, puntuale e anche in *remote*.

Una sanità capace di utilizzare la miglior combinazione di fattore umano e fattore tecnologico: la sanità di territorio potenzia le competenze degli operatori perché ridefinisce l'organizzazione, dispiegando la capacità di dare servizi e prestazioni in modo diffuso, al contempo emancipando i pazienti dalla necessità di fare sempre spostamenti per garantire la propria presenza fisica nei luoghi della sanità.

Diffusa per ora a macchia di leopardo, con tassi di copertura e presa in carico molto diversi a seconda dei territori, è erogata soprattutto con il ricorso a personale di strutture territoriali, che è quasi sempre lo stesso personale che gestisce l'assistenza a domicilio. Ad oggi sono invece ancora poco diffusi tecnologie e device Ict che consentono di erogare prestazioni sanitarie di vario tipo in *remote*.

Tuttavia, la sanità territoriale e di comunità è quella che può garantire la continuità assistenziale, le appropriate soluzioni sociosanitarie per persone affette da patologie croniche, magari alle prese con fastidi temporanei che altrimenti finirebbero per intasare pronto soccorso e ospedali.

È indubbio che ad oggi la sanità non si è ancora riorganizzata in relazione alla nuova epidemiologia e al relativo fabbisogno assistenziale, però tendono a moltiplicarsi le esperienze e i progetti di eccellenza, le situazioni in cui si evidenzia cosa concretamente sia una buona sanità, leggera, flessibile, che di fatto potenzia la longevità attiva come condizione di massa.

Dal punto di vista dei longevi emerge una attenzione crescente alla sanità leggera, di prossimità, quella a cui accedere tempestivamente e più ancora quella che arriva direttamente a domicilio.

Ed è importante anche il richiamo alle prime esperienze di sanità digitale, magari nelle forme più semplici: dall'alert sul cellulare per il rispetto dei tempi delle terapie farmacologiche ai referti online, a forme di teleconsulto e/o di controllo a distanza di taluni valori.

Lo scenario del futuro della sanità non potrà non tenere conto di quella che è una tendenza che si sta mano mano affermando nella società e che nasce dall'incontro tra soggettualità e digitale e che viene indicato con i termini di *self tracking*, *body tracking* o anche, in maniera più ampia e aperta alla rete, *lifelogging*: la pratica di tenere sotto controllo, monitorare quello che succede al nostro corpo nel quotidiano.

Un atteggiamento che, senza ricorrere alle tecnologie è più diffuso nelle persone anziane, ma che trova sempre più nuovi adepti, in virtù dell'affermarsi sul mercato di semplici device sotto forma di braccialetti sensori, caschetti, cerotti e semplici app dello smartphone che permettono, ad esempio, di calcolare il consumo di calorie, il movimento giornaliero, il peso, la pressione sanguigna e così via, di poter disporre di dati diacronici ed anche di socializzare i propri dati sul web.

Dall'automonitoraggio per così dire hobbistico, ma comunque con significativi risvolti motivazionali rispetto alla tenuta di stili di vita salutari, alle più concrete applicazioni di ordine sanitario, il filone della robotica indossabile, della "wearable technology" è fertile riferimento per una sanità a misura d'anziano.

Nella sanità digitale, come per tutte le varianti della digital transformation, per gli anziani a contare è la semplicità di accesso e utilizzo; le esperienze di buona sanità digitale, infatti, hanno posto l'inclusione di tutti, in particolare delle persone a più basso capitale culturale e più esposte al digitale divide, come criterio guida di applicazione.

In questo senso, i longevi sono la cartina di tornasole più efficace del buon impatto sociale del digital transformation in sanità e, in particolare, nelle modalità di accesso ed erogazione dei servizi sul territorio. Non serve creare linee parallele o specifiche per anziani di erogazione dei servizi e delle prestazioni, o affiancare all'erogazione in remote tramite digital device, quella *in situ* per soli anziani; occorre, come sta già accadendo, che organizzazione e modalità di accesso ai servizi siano tarati sulle capabilities dei longevi, affinché preservino l'anima inclusiva del welfare e del Servizio sanitario.

In questo ambito, meritano un richiamo e una riflessione le nuove soluzioni residenziali rivolte ad autosufficienti, cioè longevi che vogliono vivere da soli e non vogliono pesare eccessivamente sui familiari, ma desiderano avere maggiore sicurezza e facilità di accesso a operatori e tecnologie sanitarie in caso di bisogno.

Sia pure lentamente, sta infatti cambiando l'approccio degli italiani, in particolare dei longevi, verso le soluzioni residenziali che sinora sono state viste come una sorta di ultima spiaggia quando la soluzione in famiglia non è più praticabile.

Invece da un'indagine del Censis risulta che il 74,6% degli italiani è favorevole all'idea di concedere vantaggi fiscali o sussidi a coloro che scelgono di diventare ospiti di strutture residenziali per anziani autosufficienti, purché le strutture non siano solo sanitarie, ma si configurino come vere e proprie piattaforme di relazioni, con attività di vario tipo e apertura al territorio. In sostanza, nella percezione collettiva e in quella degli attuali anziani la soluzione residenziale è positiva purché sia connotata dalla coesistenza di persone diverse, con una pluralità di servizi, incluse attività non solo assistenziali. Non ghetti o parcheggi per anziani, ma piuttosto moderni centri multifunzionali fortemente orientati a generare opportunità di relazioni, nella convinzione profonda che la buona salute passa fondamentalmente da una vita piena di relazioni.

Soluzioni residenziali per autosufficienti di questo tipo sono rare in Italia, dove vince ancora la logica della domiciliarità ad ogni costo - ed ancora più rare solo alcune soluzioni innovative di housing sociale che puntano sulle relazioni intergenerazionali, prevedendo ad esempio la presenza di anziani e di famiglie più giovani disponibili ad essere un punto di riferimento per gli inquilini aged.

In altri paesi si vanno invece sviluppando esperienze interessanti, dove il perno della progettazione dei luoghi e degli edifici è la comodità e accessibilità per gli anziani (alzandone così la soglia di autonomia individuale) e la propensione alla produzione di relazioni.

È così che viene potenziato ogni canale di rapporto con il territorio e le sue reti, ogni modalità di realizzazione di attività collettive, l'innesto delle abitazioni individuali in spazi collettivi che, da un lato rispettano la privacy e dall'altro facilitano lo sviluppo di rapporti tra le persone.

5.3 Gli stili di vita salutari

Esiste un nesso stretto tra longevità attiva e abitudini salutiste nel quotidiano, in linea con le evidenze cliniche e i dati delle ricerche sociali che mostrano una più alta insorgenza di patologie tra le persone che non adottano stili di vita salutari.

Non sorprende quindi che secondo il 90% dei longevi è prioritario organizzare il proprio stile di vita mettendo al centro comportamenti salutari (alimentazione, attività fisica, non fumare, ecc.).

5.3.1 Il rapporto con il cibo

Entrando nel merito degli specifici comportamenti salutari, un'attenzione particolare viene prestata dagli anziani al tema dell'alimentazione corretta e all'impatto che ha sulla buona salute.

Infatti, il 95,3% degli anziani indica come caratteristiche molto o abbastanza importanti del cibo il loro essere salutari, buoni per la salute (tabella 22).

L'attenzione alla dimensione salutistica è particolarmente spiccata tra gli anziani, e ciò li colloca sulla frontiera più avanzata dei comportamenti sociali, perché guardano e scelgono il cibo non solo in relazione a criteri funzionalistici o di gusto; il cibo è epicentro di sistemi valoriali, di cui il salutismo è un precipitato, ma che rinviano ad altri aspetti che riguardano tutta la filiera dalla produzione alla distribuzione al consumo.

Indicativo che nella scelta del cibo gli anziani in larga maggioranza segnalino come criterio molto o abbastanza importante di riferimento che le etichette diano completa informazione sulla provenienza, gli ingredienti e altri aspetti dei prodotti (95,2%).

Tabella 22. Importanza attribuita dagli over 65 ad alcuni aspetti dei prodotti alimentari acquistati (val. %)

	%
Che riflettano le mie convinzioni etiche, sociali, sull'ambiente (la cui produzione/distribuzione non inquina, non sfrutta persone ecc.)	82,2
Che giudico salutari, buoni per la sua salute	95,3
Che diano complete informazioni su provenienza, ingredienti ecc.	95,2

La biografia del prodotto mette le persone nelle condizioni di scegliere, di capire il percorso che ha condotto il prodotto dai campi allo scaffale o alla tavola, inclusi i processi industriali e distributivi di cui è stato oggetto.

L'informazione diventa così uno strumento di empowerment che consente agli anziani e in generale ai consumatori di capire dalle implicazioni salutistiche dei prodotti ai numerosi altri aspetti che sono rilevanti, perché le informazioni sono il veicolo fondamentale per consentire di valutare se i prodotti rispondono alle proprie aspettative o meno.

Ad esempio, ben l'82,2% degli anziani dichiara di orientarsi verso prodotti che riflettano le proprie convinzioni etiche, sociali, sull'ambiente, con una particolare attenzione a verificare che la produzione/distribuzione del prodotto non abbia generato inquinamento oppure ipersfruttamento dei lavoratori. Il modello di spesa rinvia ad una stretta interrelazione tra benessere individuale, sin nella corporeità e salute, e benessere sociale, che vuol dire fare scelte che aiutino a preservare la società da inquinamento o da attività produttive o distributrici predatorie.

Nel consumo alimentare degli anziani quindi si esprime la contemporaneità di comportamenti sociali in linea con logiche e pratiche della neosobrietà che dalla crisi in poi dominano i consumi.

Salutismo e socialità diventano due criteri di scelta nel consumo che segnalano l'avvenuto superamento del consumo compulsivo e una rinnovata attenzione per modelli che al consumo attribuiscono funzioni che vanno al di là del puro benessere individuale che, a lungo ha trovato soddisfazione solo nell'incremento quantitativo dei volumi di consumo.

Il salutismo degli anziani, così come anche l'adesione ad altri criteri e valori sociali, raramente assume forme ideologiche, estreme, piuttosto è fatto di un sano pragmatismo che articola le diete quotidiane, magari le rende più leggere, ma sempre in una logica combinatoria.

Non a caso, gli anziani definiscono il loro rapporto con il cibo come pragmatico, nel senso che mangiano un po' di tutto, con attenzione all'impatto sulla salute, ma senza pregiudiziali e senza mai far proprie, se non per quote molto ridotte di persone, visioni ideologiche, rigorosamente ortodosse del rapporto con il cibo.

Il rapporto con il cibo è certamente attento alla salute e tuttavia è anche molto libero, aperto, pronto ad accettare sperimentazioni che non mettano in discussione le proprie scelte di base.

Infatti, non sono irrilevanti le quote di anziani che sperimentano cibi più evoluti, espressione di nuove tendenze dell'industria e della distribuzione, magari di interpretazione del neosalutismo: ad esempio, il 36,7% degli anziani dichiara di mangiare prodotti senza, cioè quelli privi di zucchero, o lattosio ecc., e il 28% mangia regolarmente o di tanto prodotti plus, arricchiti con vitamine, latte con più calcio, yogurt con omega 3 ecc.

La voglia di cibo buono, quindi, non si orienta solo ed esclusivamente verso il cibo stagionale, biologico o acquistato direttamente dalle aziende agricole, ma innerva anche i comportamenti quotidiani di spesa, quelli che magari vengono effettuati dentro i centri della grande distribuzione.

Ancora una volta il perno dei comportamenti sociali degli anziani è un sano pragmatismo, la ricerca del miglior modo possibile, praticabile, di dar corso alle proprie convinzioni e opinioni: il rapporto con cibo è uno dei microcosmi in cui questa attitudine sociale oggi così apprezzata, trova piena espressione.

A conferma di un approccio non chiuso, è il dato che segnala che se è solo l'1,6% a mangiare regolarmente prodotti etnici, di altre cucine, il 14,2% lo fa di tanto in tanto, a segnalare che ci sono segmenti di anziani pronti a sperimentare anche modelli totalmente nuovi, diversi, originali di alimentarsi.

In generale, il nesso tra salute e alimentazione passa molto dal controllo degli effetti sul peso e, in generale, dal rispetto, magari non sempre rigorosissimo, di precetti nella scelta dei prodotti e delle quantità da mangiare: il 47,2% degli anziani segue una dieta personalizzata sotto il controllo medico, scelta particolarmente rilevante al tempo delle diete fa da te che seminano danni ingenti sulla salute degli italiani.

Altro comportamento salutista degli anziani consiste nel tenere sotto controllo il proprio peso, pratica che viene effettuata dall'80,1% degli anziani, il 44,4% regolarmente; il 47,2%, infine, segue una dieta personalizzata sotto il controllo medico.

Strettamente correlato al mangiare salutare, è l'abitudine, da parte dell'85,7% dei longevi a non bere mai alcolici fuori pasto, abitudine che si accompagna con una elevata percentuale (90,7%) di non fumatori (il 33,2% ha abbandonato deliberatamente questa abitudine dannosa) due comportamenti altamente salutari e di prevenzione sanitaria, che non trovano riscontro analogo nel totale della popolazione, tra cui i fumatori sono il 19,6% e l'abitudine di bere fuori pasto è propria del 27,9% del totale (figura 6).

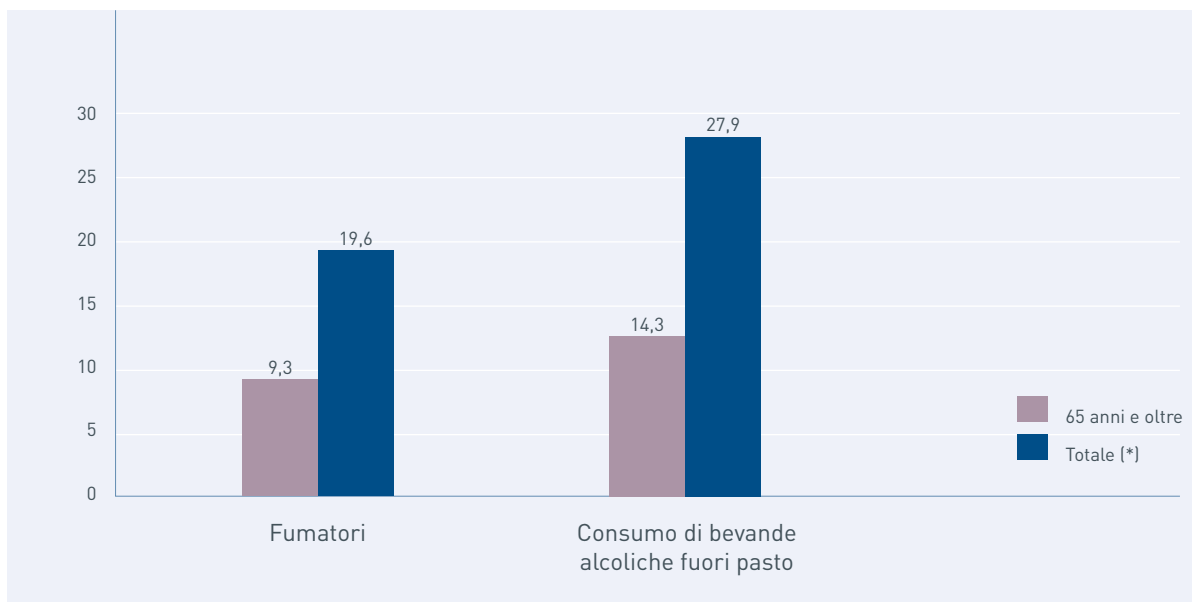
5.3.2 Allenare mente e corpo

Importanti, nell'orizzonte salutista dei longevi, sono poi le attività fisiche, a partire da quel 70,6% dei longevi che dichiara di camminare almeno 30 minuti ogni giorno, e di questi il 30,4% che segnala di farlo con una certa regolarità.

Se è possibile quantificare in circa 3,8 milioni gli anziani che svolgono una qualche forma di attività fisica, più di 1,5 milioni sono impegnati in vere proprie pratiche sportive e frequenta regolarmente palestre e piscine (tabella 23).

I longevi, in effetti, sono sempre più coinvolti in attività fisiche e anche sportive, di tipo amatoriale e, in alcuni casi, anche in vere e proprie competizioni.

Figura 6. Longevi per abitudine al fumo e consumo di bevande alcoliche fuori pasto, 2015 (val. %)



(*) fumatori: popolazione 14 anni e oltre; consumo alcool: popolazione 11 anni e oltre
Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tabella 23. I longevi e lo sport, per sesso, 2015 (v.a. e val.%)

	Praticano sport in modo continuativo	Praticano sport in modo saltuario	Praticano solo qualche attività fisica	Non praticano sport né attività fisica
v.a. (migliaia)				
Totale 65 anni e più	1.008	573	3.812	7.595
di cui:				
Maschi	575	352	1.919	2.778
Femmine	433	221	1.893	4.817
Totale 3 anni e più	14.013	5.603	15.607	23.524
val. %				
Totale 65 anni e più	7,7	4,4	29,3	58,3
di cui:				
Maschi	10,2	6,2	34,0	49,3
Femmine	5,9	3,0	25,6	65,2
Totale 3 anni e più	23,8	9,5	26,5	39,9

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Non c'è gara podistica, corse nelle grandi e piccole città che non veda la partecipazione significativa di persone anziane; così come si moltiplicano le corse ciclistiche a cui questi ultimi partecipano.

Le più varie federazioni sportive prevedono nella loro programmazione campionati *master* per i propri tesserati *aged* e le statistiche stesse disegnano una tendenza positiva.

Nel movimento sportivo diffuso, comunque, i longevi hanno una presenza molto più marcata di quella che viene segnalata dai dati ufficiali delle varie federazioni anche dilettantistiche.

Anzi, essi possono essere additati tra i principali artefici del successo di molte iniziative sportive e di attività fisica a livello locale, essendo ad esempio tra i principali fruitori dei corsi e delle attività offerte dalle amministrazioni comunali o dalle università della terza età.

Lo sviluppo molecolare della suddetta dimensione può essere anch'essa considerata esito della crescente soggettività, cioè della tendenza a prendersi cura di se stessi con un'attenzione alle cose che fanno bene al *corpo e alla mente*.

Non sorprende quindi che i dati indichino come i comportamenti pilastro degli stili di vita salutari siano molto diffusi tra i longevi, tanto da essere componenti costitutivi del loro quotidiano.

Ma c'è di più. A chiudere il cerchio interpretativo interviene la constatazione che questo prendersi cura della propria salute, che passa attraverso scelte minute, continue, è anch'esso esito dei valori di fondo dei longevi, improntati a sobrietà e rigetto di ogni forma di consumerismo.

In buona sostanza, la diffusione dei comportamenti salutari tra i longevi rinvia non solo alla consapevolezza dell'importanza che hanno per la tutela della propria salute, ma sono iscritti nel sistema di valori che ne guida il modo di consumare e la fruizione del tempo libero.

Come rilevato, i longevi sono oggi interpreti dei valori di neo sobrietà, che sono diversi dall'ascetismo, e indicano un'attenzione alla sostenibilità in ogni ambito, da quello ambientale a quello economico sino a quello della propria salute.

Rifiuto degli eccessi in ogni ambito come criterio ordinatore del quotidiano: e questo approccio valoriale contribuisce in modo rilevante a spiegare la diffusione dei comportamenti salutari tra gli anziani, *young aged o old aged*.

Sono poi da richiamare anche modalità molto particolari di prendersi cura e promuovere in via preventiva il proprio benessere psicofisico: il 26,9% degli anziani fa cure termali, massaggi, bagni e inalazioni e l'11,7% pratica tecniche di rilassamento e/o meditative.

A prescindere dall'effettiva modalità con cui si concretizza la ricerca dell'equilibrio tra mente e corpo, è il 66,9% dei longevi che intenzionalmente cerca di tenere sotto controllo lo stress.

Indicativa è la propensione al termalismo che non è più quello di un tempo, ma rientra in pieno nel filone della *wellness*, con una articolazione sofisticata di tecniche e pratiche.

Anche le tecniche di rilassamento e meditative intrecciano il neotermalismo e sono componenti della *wellness*, ed espressioni di un'attenzione soggettiva al benessere psicofisico nella sua totalità, come esito di una pluralità di tecniche diverse rivolte alla cura e del corpo e della mente.

L'arte della manutenzione del proprio corpo nei longevi non disdegna dunque un approccio olistico, che tiene in debito conto il nodo dell'equilibrio mente/corpo, ed anche specificatamente gli aspetti cognitivi e mnemonici, essendo questi ultimi, un altro degli aspetti che più preoccupano gli individui di fronte alla prospettiva dell'invecchiamento.

La perdita di autonomia è conseguenza non solo di problematiche fisiche ma anche, senza far necessariamente riferimento a patologie gravi come le demenze senili, della perdita di elasticità e prontezza da parte della memoria.

Per questo motivo, l'88,7% dei longevi dichiara di tenere la mente allenata. Se nella moderna longevità tale pratica è insita nell'atteggiamento proattivo e in una vita ricca di relazioni, un ruolo significativo è ricoperto anche dalle abitudini e dai comportamenti che non coinvolgono il rapporto con le altre persone. Nel quotidiano svolgersi della vita, banalmente ma intenzionalmente, tengono a mente numeri di telefono, appuntamenti, lista delle commissioni, ecc. e, nell'economia del tempo libero uno spazio importante è occupato dalla lettura: gli over 64 sono tra i più assidui lettori di quotidiani (54,3% contro media del 41,9%), settimanali (37,9% contro media del 27,5%) e mensili (21,9% media 20,8%) e se anche la quota di lettori di libri (45,5%) è inferiore al dato medio nazionale (51,4%), i longevi si distinguono per numero di libri letti all'anno (5,7 contro 5,4).

5.4 La relazionalità

Un altro filone importante, che contribuisce alla salute psicofisica dei longevi ed opera come fattore di prevenzione dalle patologie è rappresentato da quelle attività che *strictu sensu* non rientrano nell'alveo degli stili di vita salutari.

La longevità è infatti un percorso che si prolunga nel tempo e che tende ad avere contenuto diversificato, le cui modalità più estreme sono da un lato la piena attività e dall'altro la totale non autosufficienza; nel mezzo si collocano una molteplicità di condizioni diverse.

Di certo un fattore decisivo per una buona longevità è la rete di relazioni, l'internità a circuiti sociali anche come esito del coinvolgimento in attività, progetti, iniziative.

E sono attività molto diversificate che hanno come comune denominatore quello di consentire ai longevi coinvolti di coltivare relazioni, stare dentro alle reti relazionali, rompere il perverso circuito di perdita di quote di relazionalità legato al trascorrere del tempo.

Appurato che la relazionalità è prerequisito importante per stare bene, preservare la salute psichica ed evitare l'insorgere di patologie anche molto diverse tra loro, con l'età che avanza essa diventa ancora più centrale, poiché una delle forme di disagio sociale più diffuso tra i longevi (e non solo) è proprio la solitudine, che finisce per incidere sulla psiche delle persone e sulla autovalutazione. Da non sottovalutare è anche l'aspetto economico, il costo sociale della solitudine alla luce del circuito vizioso che parte dalla solitudine e diventa depressione e assunzione crescente di farmaci.

È profondamente radicata la convinzione che sentirsi impegnato, utile, avere molti e buoni rapporti con gli altri, una vita piena di relazioni incida positivamente sullo stato di salute dei longevi: è il 76,7% degli italiani giovani e adulti a fare propria questa visione; e si registra una quota analoga di favorevoli a questa idea tra longevi e non longevi.

Il ruolo delle relazioni è importante per il 41,1% degli intervistati che è convinto che le malattie abbiano spesso origini psicosomatiche, mentre il 35,6% sottolinea l'importanza della relazionalità nella vita delle persone anche se ritiene che il suo impatto sullo stato di salute possa variare da persona a persona. I dati certificano dunque che nella cultura collettiva prevale la convinzione che le determinanti della buona salute dei longevi siano anche sociali, relazionali, tanto che nel lungo periodo, oltre alla non autosufficienza, a fare paura è la *solitudine*, vale a dire la perdita progressiva di quote di relazionalità. Il 63% degli italiani ritiene, in particolare, che una vita più attiva, più ricca di impegni contribuisca a ridurre un consumo di farmaci ritenuto eccessivo, non giustificato da effettive esigenze.

E a questo proposito, oltre il 32,4% dei longevi intervistati dichiara di aver avuto un'esperienza diretta, o indiretta tramite persone di propria conoscenza, di un caso di riduzione dell'eccessivo ricorso ai farmaci grazie ad un'intensificazione della relazionalità nella propria vita o di quella del conoscente in questione.

Ma al di là di queste fenomenologie e convinzioni specifiche, è soprattutto la proliferazione di contesti e attività prorelazionali in cui sono inseriti gli anziani ad essere un formidabile indicatore del grado di diffusione della longevità attiva in Italia:

- 6,5 milioni di longevi frequentano ristoranti e trattorie, 346mila sono clienti abituali e più di 6,1 milioni di tanto in tanto;
- quasi 6 milioni di longevi frequentano cinema, teatri, musei di cui 727 mila regolarmente e 5,2 milioni di tanto in tanto; nell'arco di un decennio, la percentuale di longevi che vanno al cinema è passata dal 13,6% al 24,7%, dei visitatori di musei dal 14,6% al 25,2%;
- oltre 4,7 milioni di longevi giocano a lotto, superenalotto, scommettono in modo vario, lo fanno regolarmente 353 mila longevi e di tanto in tanto quasi 4,4 milioni;
- oltre 2,8 milioni di italiani con almeno 65 anni d'età frequentano scuole di ballo, balere, locali in cui si balla e di questi 314 mila regolarmente e oltre 2,5 milioni di tanto in tanto;
- più di 3 milioni di longevi viaggiano all'estero, 151 mila viaggiano regolarmente e quasi 2,9 milioni di tanto in tanto.

È una matrice molto articolata di attività che disegnano vite piene, dagli intrecci diversificati di interessi e investimenti personali di tempo ed energie, e che delineano un segmento forte di persone vere protagoniste quotidiane e nelle attività minute della longevità attiva.

Sebbene il set di attività sia molto diversificato, è possibile tenerlo tutto insieme perché tutte le attività hanno come filo conduttore comune proprio la propensione a creare relazioni, cioè il bene primario per la longevità attiva. Il sociale in questo modo è uno dei principali strumenti di prevenzione dalle patologie e dall'eccesso di sanitarizzazione; e tutto ciò offre un sostegno all'idea basilica del nostro tempo che l'invecchiamento non è una patologia, ma una età da vivere sempre più riempiendola di significati e contenuti in passato sconosciuti.

E ne è certificazione specifica l'impegno per gli altri, le tante forme di altruismo organizzato o meno che vedono coinvolti i longevi: sono 3,8 milioni quelli che svolgono attività di volontariato, di cui 712 mila regolarmente.

Di fatto per molte organizzazioni di volontariato e per tante situazioni di disagio i longevi sono la punta di diamante oltre che la fanteria delle attività di aiuto e supporto. Un esempio ulteriore del valore sociale della longevità attiva che non solo serve a migliorare lo stato di benessere psicofisico dei longevi direttamente coinvolti, ma genera benefici per i destinatari dell'aiuto e per la collettività.

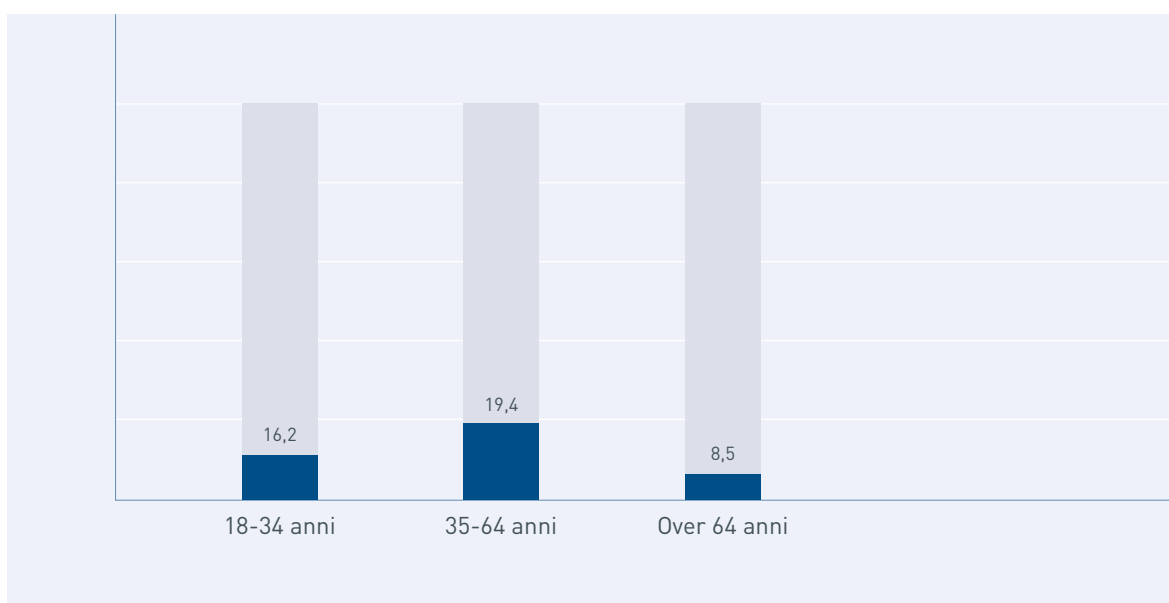
È con questa duplice chiave di lettura che è possibile anche interpretare il numero significativo di longevi che si dichiara coinvolto in qualche forma di attività politica: si tratta di 1,7 milioni di over64, di cui 208mila è impegnato regolarmente e 1,5 milioni di tanto in tanto.

Un ultimo aspetto che concorre a fare luce sulla dimensione relazionale propria dei *matures* è quello relativo al rapporto tra le generazioni, cioè alla disponibilità in ambiti diversi a relazionarsi con persone di età diversa dalla propria.

In linea generale, una ricerca del Censis sui rapporti intergenerazionali mostra che *la maggior parte degli italiani dichiara di aver superato le barriere legate alla differenza di età*, ed è propensa ad avere "a che fare" anche con individui di altre generazioni.

Il dato di grande interesse è che *i più relazionali sono proprio gli anziani*, tra i quali la quota che rifiuta situazioni in cui ci può essere scambio con altre generazioni è solo nell'8,5% dei casi, contro il 19,4% tra i 35-64enni e il 16,1% tra i *millennials*.

Figura 7. I nemici dell'intergenerazionalità, per classe d'età (*) (val. %)



(*) % di popolazione 18 anni e più che rifiuta situazioni in cui ci può essere scambio con le altre generazioni
Fonte, indagine Censis, 2016

Gli anziani sono potenzialmente i patriarchi della relazionalità, persone che possono impiegare energie, tempo, competenze in quelle attività che ricuciono le relazioni sociali in comunità erose nella loro convivenza interna dalla crescente individualizzazione dei percorsi di vita.

Fondazione Farmafactoring

Via Domenichino 5 - 20149 Milano
Tel. 02.49905204

Via Bertoloni, 1/E int. F - 00197 Roma
Tel. 06.8091391 - fax 06.80913941
info@fondazionefarmafactoring.it
fondazionefarmafactoring.it

Progetto grafico: ideogramma.it