

Scheda capitolo 1

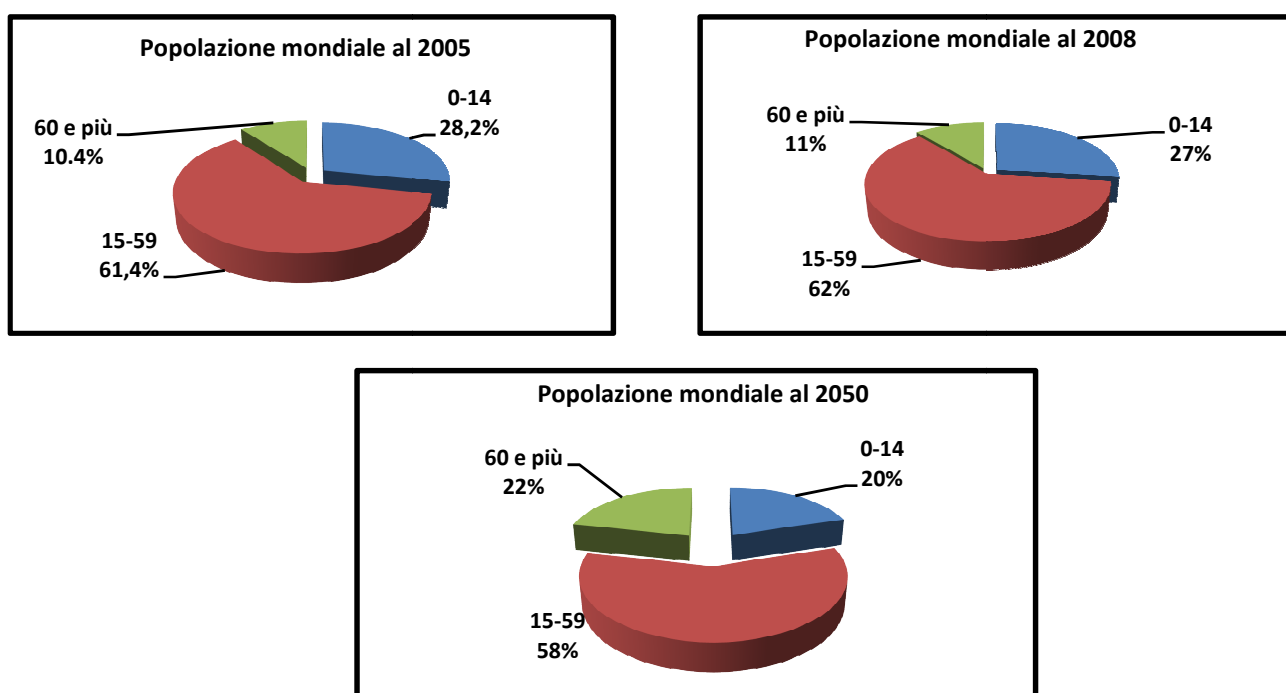
Aspetti demografici del fenomeno invecchiamento

Nel mondo

Se si confronta la composizione per fasce d'età nel 2008 con le previsioni al 2030, si rileverà una riduzione relativa delle nascite e un aumento della percentuale degli anziani in rapporto alla popolazione globale. Secondo le stime più autorevoli questo trend è destinato a proseguire a lungo. Secondo le stime, gli over 60 passeranno dai circa 765,45 milioni attuali a oltre 1 miliardo e 400 milioni nel 2030, più che raddoppiando in meno di un quarto di secolo.

Inoltre, è possibile rilevare, comparando il 2008 col 2030, come aumenterà l'incidenza relativa delle fasce d'età a partire dai 40-44 anni e come questa incidenza diventerà più consistente dopo i 55 anni, sfiorando un +2% tra i 60 e i 64 anni. Inoltre, per lo stesso lasso di tempo si prevede, in particolare, una crescita della percentuale relativa degli ultra 80enni (+1,2%).

Graf. 1.2 - Popolazione mondiale per fasce di età, v.% (2005 – 2008- 2050)



Fonte: elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età su dati Census Bureau 2008

Tab. 1.3 - Età media nei paesi più longevi (2005-2050)

2005		2050	
Giappone	42,9	Cina	54,4
ITALIA	42,3	Rep. Corea	53,9
Germania	41,1	Martinica	53
Finlandia	40,9	ITALIA	52,5
Svizzera	40,8	Giappone	52,3
Belgio	40,6	Singapore	52,1
Croazia	40,6	Slovenia	51,9
Austria	40,6	Ucraina	51,9
Bulgaria	40,6	Slovacchia	51,8
Slovenia	40,2	Lituania	51,7

Fonte: elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età su dati ONU, World Population Prospect– 2007

In Europa

L'invecchiamento demografico dell'Unione Europea è un fenomeno epocale. E' previsto un aumento della popolazione dell' UE27 da 495 milioni del 1 ° gennaio 2008 a 521 milioni nel 2035 e, successivamente un graduale calo a 506 milioni nel 2060. Si prevede che il numero annuo di nascite scenderà nel periodo 2008-2060, mentre allo stesso tempo il numero annuale di decessi si prevede in aumento. Dal 2015 in poi i decessi supereranno le nascite. Da questo punto in poi, il saldo migratorio positivo sarebbe l'unico fattore di crescita della popolazione. Tuttavia, dal 2035 il saldo migratorio positivo non controbilancerà più il cambiamento naturale negativo, e si prevede che la popolazione inizierà a diminuire. La popolazione anziana nell'UE 27 sarà in continua crescita, con la quota di popolazione di età compresa tra 65 e oltre che passerà dal 17,1% del 2008 al 30,0% del 2060, e quelli di età compresa tra 80 e oltre dal 4,4% al 12,1% nel corso dello stesso periodo.

La popolazione dell'UE27 diverrà la più anziana in tutto il periodo considerato, in particolare a causa della persistente bassa fertilità e ad un numero sempre maggiore di over 65. Questo processo di invecchiamento si verifica in tutti gli Stati membri. Nel 2060, la quota di popolazione di 65 anni sarà del 23,6% in Lussemburgo, 24,7% nel Regno Unito, 25,0% in Danimarca, 36,2% in Polonia, 36,1% in Slovacchia e 35,0% in Romania.

Di conseguenza, l'indice di dipendenza in 27 paesi, vale a dire la popolazione di età compresa tra 65 anni e più, diviso per la popolazione in età lavorativa, è previsto in aumento dal 25% nel 2008 al 53% nel 2060. In altre parole, ci sarebbero soltanto due persone in età lavorativa per ogni persona di 65 anni o più nel 2060, rispetto a quattro persone ad uno di oggi.

Gli indici di dipendenza delle età sono utilizzati come indicatori del livello di sostegno dei giovani (di età compresa tra 0-14 anni) o dei vecchi (di età compresa tra 65 anni o oltre) da parte della popolazione in età lavorativa (convenzionalmente 15-64 anni). Nel 2060, per l'UE27 nel suo complesso, la popolazione in età lavorativa è destinata a essere inferiore di quasi 50 milioni di persone rispetto al 2008. Nel corso dello stesso periodo la popolazione di età compresa tra 65 anni e più aumenterà di quasi 67 milioni di persone. Nel 2060, di conseguenza, l'indice di dipendenza degli anziani, per l'UE27 sarà del 53.5% contro il 25.4% attuale, con un aumento quindi di 28.1 punti percentuali. Nei due terzi dei paesi dell'UE si registrerà, dunque, una diminuzione della popolazione in età lavorativa ed un generale aumento di quella in età compresa tra 65 anni e più.

Tab. 1.7 - Anni di aspettativa di vita alla nascita dell'UE a confronto con l'Italia (1960-2008)

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2004	2008	UE 27
DONNE												
UE 25	72.6	73.6	74.4	75.6	76.8	77.8	78.8	79.7	80.8	81.7	79.4	
ITALIA	72.3	-	74.9	-	77.4	78.7	80.1	81.3	82.5	83.7	83.2	
UOMINI												
UE 25	67.1	67.7	68.0	68.9	69.8	70.9	71.7	72.8	74.4	75.6	71.0	
ITALIA	67.2	-	69	-	70.6	72.3	73.6	74.9	76.6	77.7	77.1	

Fonte: elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età su dati Eurostat 2006 ed Intern.DB Census Bureau 2008.

Come appare evidente, confrontando l'aspettativa di vita alla nascita delle donne e degli uomini italiani con quella europea, la longevità è migliorata sensibilmente nel nostro paese, che in pochi decenni si è portato ai primi posti nel Vecchio Continente.

Infatti, se nel 1960 ci si aspettava che un maschio visse circa 67 anni e una femmina 5 anni più a lungo, in linea con l'Unione europea a 27, oggi superiamo la media Ue di oltre 6.1 per i primi (77,1 anni) e di circa 4.6 per le seconde (83,2 anni).

In Italia

La tabella sotto riportata, mostra, inequivocabilmente, la crescita sistematica degli indici di vecchiaia e dei correlati indici di dipendenza; una evoluzione, quindi, che non mostra rallentamenti.

Tab. 1.11 - Composizione per classi di età, età media, indici di vecchiaia e di dipendenza della popolazione italiana (Anni 1951-2051)

ANNI	COMPOSIZIONE % PER CLASSI DI ETÀ			Età media	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza
	Da 0 a 14 anni	Da 15 a 64 anni	Da 65 anni e più			
TOTALE POPOLAZIONE						
Censimento 1951	26,1	65,7	8,2	32	28	52,3
Censimento 1961	24,5	66	9,5	33,7	38,9	51,6
Censimento 1971	24,4	64,3	11,3	34,8	46,1	55,5
Censimento 1981	21,5	54,3	13,2	36,3	61,7	53,1
Censimento 1991	15,9	68,8	15,3	39,1	96,6	45,3
Censimento 2001	14,2	67,1	18,7	41,4	131,4	49
Previsioni 2021	12,7	63,4	23,9	45,7	188,9	57,7
Previsioni 2051	11,4	65,3	34,3	50,1	325,1	82,7

Fonte: elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età su dati Istat

La Tab. 1.17 in allegato fotografa l'universo degli over 65 nei capoluoghi di regione per stato civile, sesso e rispettive percentuali sulla popolazione residente.

Da un primo rilievo notiamo come, ormai, il 20% della popolazione sia rappresentata da individui con più di 65 anni, ma in ben 12 capoluoghi di regione, tale percentuale è ampiamente superata fino a raggiungere punte che vanno dal 26% di Venezia al 28% di Trieste.

E' evidente che già questo primo rilievo segnala ai responsabili istituzionali un diverso bisogno di risorse nei capoluoghi in cui l'incidenza degli anziani è più alta.

Altro elemento significativo è rappresentato dalla percentuale della componente femminile nel contesto degli over 65. Il dato nazionale distingue i generi in 41,8% di maschi e 58,2% di femmine con un delta di 16,4% di donne in più rispetto alla componente maschile.

Però, in sedici capoluoghi, tale rapporto è significativamente spostato verso una maggiore consistenza della popolazione femminile che raggiunge una incidenza superiore di ben 2 o più punti percentuali come: a Trieste (61,2%), Aosta (61%), Bologna (60,8%), Milano (60,7%), Firenze e Cagliari (60,6%), Trento, Venezia e Napoli (60,4%). E' Potenza la città che ha la percentuale inferiore della componente femminile su quella maschile (57,2%) ove, evidentemente, gli indici di mortalità tra i due sessi sono più vicini.

Tali rilievi ci hanno indotto ad un ulteriore approfondimento per cercare di rilevare se e come tali indici percentuali variassero, prendendo in esame esclusivamente la fascia degli over 75 che rappresentano in Italia il 9,6% della popolazione.

In tale gruppo di anziani, però, le percentuali di incidenza per genere vedono accrescere la componente femminile di ulteriori 4,6 punti percentuali (62,8%) e la componente maschile contrarsi di una analoga percentuale (37,2%); pertanto, i differenziali tra maschi e femmine nella fascia over 65 e nella fascia over 75 passano dal 16,4% in più della componente femminile ad un 25,6% che rappresenta la perdita in un decennio di un 9,2% dei maschi.

Anche in questo caso in 13 capoluoghi di regione la percentuale di over 75 è superiore significativamente alla media nazionale.

Nell'ordine indichiamo alcuni capoluoghi con il più alto numero di over 75: Bologna 14,4%, Trieste 14,3%, Firenze 13,8%, Milano 13,7%, Genova 13,7%, Venezia 12,8%; Ancona 12,6%;

Mentre, quelli con il più basso numero di grandi vecchi sono Catanzaro e Palermo con l'8%, Potenza con l'8,2% e Napoli con l'8,4%, confermando con ciò, il diffuso invecchiamento nel centro nord dell'Italia con una minore incidenza di anziani nei capoluoghi del Sud.

Anche per questa fascia, le città nelle quali è significativamente maggiore la componente femminile su quella maschile, intorno ai 2,5-3 punti percentuali, segnaliamo nell'ordine: Trieste, Trento, Venezia, Aosta, Milano, Napoli e Bologna.

Risultano immediate alcune considerazioni in ordine ai dati fino ad ora esposti:

1. è necessario tener conto, nelle politiche economiche e sociali, dell'invecchiamento "al femminile", non solo quale espressione di diversi indici di mortalità, ma soprattutto per la diversità dei bisogni e dei servizi che le cronicità proprie di tale invecchiamento necessitano;
2. in epoca di federalismo fiscale, non può non tenersi conto della diversa percentuale di over 75 che si concentrano nei capoluoghi di regione che, infatti, registrano, mediamente, percentuali di over 65-75enni superiori al resto del territorio regionale;
3. in ragione alle ipotesi del necessario innalzamento dell'età pensionistica e delle resistenze che si manifestano in ordine all'aumento dell'età lavorativa delle donne, non può non prendersi in esame la diversa longevità tra i due sessi. Tutto ciò, ovviamente, attraverso la necessaria elasticità nella valutazione delle aspettative di vita in buona salute e delle tipologie di lavoro in cui le donne sono impiegate.

Se il fenomeno dell'invecchiamento urbano è rilevante nei capoluoghi di regione, non meno importante è quello che riguarda i 10 comuni più piccoli italiani. Dalla tabella precedente rileviamo come in ben 5 comuni la popolazione anziana superi ampiamente il 50% degli abitanti e come, segnatamente alla Tab. 1.20 ed 1.21, il processo di invecchiamento nei 10 comuni italiani con una maggior percentuale di anziani residenti, non registri diminuzioni ma, confrontando i dati 2003 e 2008, si proceda verso un ulteriore invecchiamento della popolazione. Unica eccezione il paese di Villa Santa Lucia degli Abruzzi in controtendenza con un meno 2,3%.

Tab. 1.20 - Primi dieci comuni di Italia con più anziani v.%. Anni 2003-2008

Comune	Provincia	% over 65 su tot. pop. Anno 2003	% over 65 su tot. pop. Anno 2008	Δ 2008/2003
Ribordone	Torino	64,6%	64,9%	0,3%
Marcellino	Rieti	63,6%	65,9%	2,3%
San Benedetto in Perillis	L'Aquila	60,6%	61,6%	1,0%
Montebello sul Sangro	Chieti	58,0%	61,1%	3,1%
Schiavi di Abruzzo	Chieti	57,1%	61,0%	4,0%
Roio del Sangro	Chieti	56,9%	57,2%	0,3%
Gorreto	Genova	56,1%	58,6%	2,5%
Villa Santa Lucia degli Abruzzi	L'Aquila	56,0%	53,7%	- 2,3%
Zerba	Piacenza	55,6%	59,4%	3,8%
Torresina	Cuneo	53,1%	54,8%	1,7%

Fonte: elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età su dati Istat.

Tab. 1.21 - Primi dieci comuni di Italia con più grandi vecchi v.%. Anni 2003-2008

Comune	Provincia	% over 80 su tot. pop. Anno 2003	% over 80 su tot. pop. Anno 2008	Δ 2008/2003
San Benedetto in Perillis	L'Aquila	29,2%	26,4%	-2,8%
Ribordone	Torino	27,8%	28,4%	0,6%
Ingria	Torino	26,8%	18,4%	-8,4%
Villa Santa Lucia degli Abruzzi	L'Aquila	26,5%	24,0%	-2,5%
Rio del Sangro	Chieti	24,3%	29,8%	5,5%
Colle di Macine	Chieti	24,2%	21,0%	-3,2%
Massello	Torino	23,1%	19,0%	-4,1%
Rocca Pia	L'Aquila	21,9%	25,0%	3,1%
Calascio	L'Aquila	20,3%	12,6%	-7,7%
Ottone	Piacenza	20,2%	21,0%	0,8%

Fonte: elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età su dati Istat.

Tab. 1.17 - Popolazione residente over 65 anni al 1 gennaio 2008 nei capoluoghi di regione, per genere e per stato civile V.a e V.%

	Celibi over 65	Coniugati over 65	Divorziati over 65	Vedovi over 65	Totale Maschi over 65	Nubili over 65	Coniugate over 65	Divorziate over 65	Vedove over 65	Totale Femmine over 65	Maschi + Femmine over 65	Totale popolazione M+F tutte le età	% Maschi over 65	%Femmine over 65	% over 65 Maschi e Femmine
Aosta	236	2.538	87	388	3.249	400	1.993	156	2.539	5.088	8.337	34.726	38,9%	61,0%	24%
Torino	5.405	69.654	2.049	10.102	87.210	11.391	55.652	4.195	56.502	127.740	214.950	908.263	40,5%	59,5%	24%
Genova	4.790	51.010	1.389	8.280	65.469	8.337	41.060	2.542	46.872	98.811	164.280	610.887	39,9%	60,1%	27%
Milano	8.339	96.803	3.241	13.750	122.133	20.342	78.517	7.307	82.337	188.503	310.636	1.299.633	39,3%	60,7%	24%
Trento	687	7.023	190	837	8.737	1.713	5.411	268	5.940	13.332	22.069	112.637	39,6%	60,4%	20%
Venezia	1.867	21.947	458	3.429	27.701	4.151	17.413	846	19.791	42.201	69.902	268.993	39,6%	60,4%	26%
Trieste	1.514	17.154	822	2.927	22.417	2.784	13.606	1.503	17.409	35.302	57.719	205.356	38,8%	61,2%	28%
Bologna	2.534	30.713	946	5.225	39.418	5.615	25.625	1.839	27.981	61.060	100.478	372.256	39,2%	60,8%	27%
Firenze	2.481	29.396	792	4.665	37.334	5.742	24.317	1.677	25.733	57.469	94.803	364.710	39,4%	60,6%	26%
Ancona	492	8.138	127	1.083	9.840	1.300	6.331	193	6.841	14.665	24.505	101.424	40,1%	59,9%	24%
Perugia	743	12.194	162	1.585	14.684	1.275	9.996	315	8.920	20.506	35.190	163.287	41,7%	58,3%	22%
Roma	17.085	186.484	4.894	25.691	234.154	39.608	148.207	10.949	143.770	342.534	576.688	2.718.768	40,6%	59,4%	21%
L'Aquila	349	4.693	56	652	5.750	773	3.732	118	3.660	8.283	14.033	72.550	41,0%	59,0%	19%
Campobasso	156	3.552	24	451	4.183	524	2.743	46	2.581	5.894	10.077	51.321	41,5%	58,5%	20%
Napoli	4.555	52.083	669	9.494	66.801	12.990	40.769	1.754	46.147	101.660	168.461	973.132	39,6%	60,4%	17%
Potenza	227	4.490	30	587	5.334	658	3.272	66	3.129	7.125	12.459	68.013	42,8%	57,2%	18%
Bari	1.045	22.056	286	3.052	26.439	3.577	16.786	675	15.300	36.338	62.777	322.511	41,0%	57,9%	19%
Catanzaro	294	5.704	50	763	6.811	954	3.899	122	4.468	9.443	16.254	94.004	41,9%	58,1%	17%
Palermo	2.324	36.514	518	5.453	44.809	8.075	25.890	1.249	31.356	66.570	111.379	663.173	40,2%	59,8%	17%
Cagliari	817	11.499	208	1.468	13.992	3.206	8.684	422	9.164	21.476	35.468	158.041	39,4%	60,6%	22%
Italia	345.548	3.998.722	63.567	591.972	4.999.809	592.514	3.015.594	102.823	3.235.246	6.946.177	11.945.986	59.619.290	41,8%	58,2%	20,0%

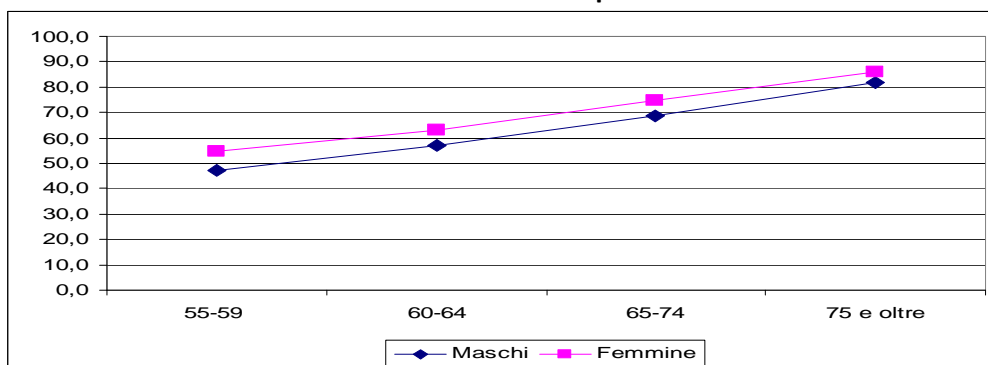
Fonte: elaborazione Ageing Society – Osservatorio Terza Età su dati Istat 2009

Scheda capitolo 2

Gli anziani, i vecchi e le condizioni di salute

I maggiori fruitori di sostanze curative sono gli over 75enni (84,6%), ed è fra i 60-64 anni ed i 65-74 che tale consumo aumenta in modo più marcato (+ 12,3%).

Graf. 2.9 - Consumo di farmaci per sesso ed età



Fonte: elaborazione Ageing Society – Osservatorio Terza Età su dati Istat 2007

A 65 anni il 57% circa della popolazione è in uno buono stato di salute, pur manifestando la presenza di una malattia cronica (65,4%) o di due (35,7%) che, in ogni caso, essendo opportunamente trattate da un punto di vista sanitario, consentono loro di affermare, con compiuta consapevolezza, di avere una buona qualità di vita, pur in presenza di dette cronicità (45%). Al riguardo dello stato di salute percepita, il 6,7% della popolazione, dichiara di stare molto male/male, di cui l'8,3% sono donne ed il 5,1% uomini.

Un peggioramento importante si ha, sia per gli uomini che per le donne, fra i 75 e gli 80 anni e, comprensibilmente, chi lamenta il peggior stato di salute sono gli over 80enni (26,7% degli uomini, 34,3% delle donne). Coloro che invece dichiarano di essere in salute e di stare bene/molto bene, sono il 61,3% dei cittadini italiani, precisamente il 66,7% degli uomini ed il 56,3% delle donne.

In Italia, paese che detiene un altissimo tasso d'invecchiamento, acquista particolare rilevanza, come indicatore di salute, la diffusione di patologie cronicodegenerative.

La malattia cronica che più affligge gli anziani risulta essere l'*artrosi/artrite*, con valori che toccano il picco del 67,4% per gli 80enni e più, a fronte di una media nazionale per tutte le età (la più alta fra le patologie croniche), del 18,3%.

All'*artrosi/artrite* seguono le cronicità portate dall'*ipertensione arteriosa*, da cui è affetto il 13,6% della popolazione.

Per gli anziani, però, i valori sono più che tripli del dato nazionale: fra i 70 ed i 74 anni, infatti, ne soffrono il 41%, fra i 75 ed i 79 anni il 42% e, per gli 80enni e più, il 44,1%.

Anche per questo tipo di malattia cronica, sono maggiormente le donne anziane, rispetto ai coetanei, a soffrirne, mediamente di 7,5 punti percentuali in più.

Seguono per incidenza e per le gravi sequele che ne derivano, l'osteoporosi, le malattie allergiche, il diabete e le forme di depressione/ansietà cronica che aumentano con il procedere dell'invecchiamento.

In una ricerca del Dipartimento Salute della Comunità europea, che ha analizzato non solo l'incremento nella speranza di vita alla nascita dei cittadini degli Stati membri, ma anche la percentuale di aspettativa di vita priva di disabilità, l'Italia registra i risultati migliori nettamente al di sopra della media europea sia per gli uomini che per le donne. Tale percentuale media, per l'Europa, si attesta all'84,9% per i primi ed all'81,3% per le seconde. I dati italiani si allontanano da essa di quasi dieci punti percentuali, esattamente a quota 92,3% il dato maschile ed a 90,2% quello femminile.

Assistenza e cura dell'anziano in famiglia e fuori della famiglia

Una famiglia italiana su dieci ha almeno un componente disabile al suo interno ed oltre un terzo di queste famiglie è composto da persone disabili sole. Tuttavia l'80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistita dai servizi pubblici ed è pertanto la famiglia stessa che maggiormente si prende cura della persona disabile. I trasferimenti monetari rappresentano i principali strumenti di sostegno, in Italia, per anziani non autosufficienti e le loro famiglie. Rientrano in questa categoria le pensioni di invalidità e l'indennità di accompagnamento distribuite dall'INPS con un ammontare fisso, indipendentemente dal reddito e dalla composizione del nucleo familiare. A livello locale alcune Amministrazioni garantiscono voucher-buoni di servizio o assegni di cura, i primi utilizzabili solo per l'acquisto di determinati servizi, i secondi invece contributi economici forniti agli anziani per finanziarne l'assistenza.

Quando si assiste un anziano, ogni membro della famiglia si ritrova a condividere un'esperienza nuova e con ripercussioni importanti sia a livello organizzativo che emotivo. L'attività di sostegno e cura a familiari anziani fragili, per quanto desiderata, può provocare un peggioramento significativo della qualità della vita del caregiver coinvolto, che sperimenta livelli di tensione emotiva e psicologica, fino a diventare a sua volta una "seconda vittima" delle patologie invalidanti che colpiscono l'anziano.

E' noto che il carico assistenziale ricade maggiormente sulle donne, mogli e figlie in età compresa tra i 50 e 69 anni; ad esse mediamente spetta un carico di lavoro domestico di oltre 30 ore settimanali di assistenza, che tende a crescere con l'aggravarsi delle condizioni di non autosufficienza dell'anziano.

In Italia un numero sempre crescente di famiglie ricorre, per il supporto assistenziale, a personale straniero remunerato privatamente. Dati recenti confermano che nel 2005, su un totale di 730.000 assistenti domiciliari presenti in Italia, l'82% è di nazionalità straniera (soprattutto Est Europa, ma anche Ecuador, Perù e Filippine). Le "badanti" straniere sono una presenza quasi invisibile in innumerevoli famiglie, contribuendo ad incrementare quel "welfare nascosto" caratterizzato dall'assenza di regole e dalla debolezza delle tutele sia dei prestatori d'opera che degli assistiti.

Quella delle "badanti" non può però considerarsi la soluzione definitiva né si può prevedere quanto ancora sostenibile potrà essere il flusso migratorio dovuto al differenziale tra salari italiani e quelli dei paesi di origine.

Non sono finora state attivate che sporadiche politiche per familiari *caregivers*, ma negli ultimi anni il dibattito sui diritti dei carers è cresciuto sempre più nella direzione di promozione di servizi formali, ancora però poco diffusi. I più conosciuti riguardano: a) l'istruzione e la formazione sull'assistenza, con l'obiettivo di istruire la famiglia affinché acquisisca abilità specifiche di cura, b) i gruppi di auto aiuto, fondamentali per agevolare la permanenza dell'anziano nel proprio contesto di vita, e a sostegno del caregiver nelle funzioni di tutela della persona in difficoltà, c) i servizi di supporto telefonico e su internet, specie quelli dedicati a famiglie di anziani malati di Alzheimer e con patologie psichiatriche.

Nella Relazione vengono anche illustrati alcuni dati relativi all'abuso verso gli anziani, che costituisce un fenomeno in crescita nella società odierna. L'abuso (che può essere fisico, sessuale, psicologico, finanziario o esplicitarsi in forme più o meno gravi di abbandono e trascuratezza) è difficilmente quantificabile, anche per le diverse definizioni adottate, in base alle quali le prime ricerche stimano che ne sia vittima tra il 3% e il 27% degli anziani. Alcune esperienze in atto anche in Italia hanno come obiettivo quello di affiancare gli anziani in difficoltà al fine di migliorare la qualità delle loro condizioni di vita. Disporre di una estesa gamma di supporti formali ed informali integrati tra loro è sempre più necessario per tutelare e seguire il lungo e complesso percorso assistenziale dell'anziano fragile e cronico.

Scheda Capitolo 4

Redditi e consumi della Terza Età

I *senior* sono una tipica “categoria” a reddito fisso, costituita in buona parte da percettori di pensione, che però ha, in alcuni casi, una discreta e diffusa disponibilità patrimoniale. Infatti, questa si considera appartenente alla categoria dei “forti” e/o dei “medi” risparmiatori.

I “nuovi anziani” considerano la terza età come un periodo sereno per dedicarsi alle attività preferite e per valorizzare il proprio sapere: partecipa assiduamente ad attività culturali (mostre e musei), sociali e all’organizzazione di viaggi. Viaggiare, conoscere, scoprire, ma anche rilassarsi e ritemperarsi sono i motivi principali che portano ogni anno milioni di anziani in vacanza. Non sa rinunciare al telefonino, apprezza sempre più la palestra, il computer e gli apparecchi hi-fi, è attento al rapporto qualità-prezzo ma non disdegna le spese fatte “per sfizio”, senza cioè badare al costo. Tanto che il 33,7% degli ultra 55enni si dichiara patito della spesa voluttuaria per puro piacere. Anche le abitudini alimentari sono cambiate: emerge una maggiore attenzione alla salute.

Gli anziani si scoprono dunque consumatori evoluti e sono sempre più consapevoli di rappresentare una categoria “numerosa e forte” e con più voglia di fare di un tempo, ma che “conta poco”. Ed accusano industria, commercio, sistema creditizio ed agenzie pubblicitarie di non dare abbastanza importanza alla loro categoria.

Nel nostro Paese, infatti, il mercato si mostra ancora distratto rispetto alla terza età. Non ci sono molte aziende commerciali dedicate alla fascia anagrafica dei clienti “maturi”, non si riconoscono rilevanti strategie di comunicazione pubblicitaria e di marketing pensate per loro. Pertanto, risulta necessario un cambio di prospettiva a fronte del potenziale degli anziani come risorsa della società e del mercato. Prepararsi, però, non è facile perché bisogna tenere in considerazione i cambiamenti biologici, sociali, economici e psicologici intervenuti nel corso degli anni. L’anziano di oggi e di domani, nella sua veste di consumatore, si mostra un soggetto attento, ma non trova facilmente i prodotti e i servizi di cui ha effettivamente bisogno. Spesso trova delle barriere che gli impediscono di consumare un prodotto o un servizio e ciò spinge ad assumere determinati atteggiamenti di consumo come ad esempio, adattarsi ad acquistare determinati prodotti che si trovano con più facilità.

Nuovi consumatori, quindi, ma anche pronti a dettare le proprie condizioni: i manuali di istruzione sono “illeggibili”, gli ipermercati talvolta “dispersivi”, le confezioni troppo grandi e i servizi di ordinazione via telefono o Internet non sono diffusi quanto dovrebbero.

Tuttavia, qualche cambiamento è in corso. Il marketing ha “scoperto” gli ultra-sessantenni come *target* interessante da seguire, conoscere e raggiungere. Le aziende *leader* di beni di consumo e il settore pubblicitario cominciano a proporre immagini diverse di sé e sempre più spesso pubblicizzano i propri prodotti con uomini e donne maturi. E questa è la nuova sfida di mercato che le imprese industriali dovranno affrontare nei prossimi anni.

Invecchiamento e attività lavorativa

5.1. Negli ultimi decenni si è allungata straordinariamente la durata *media* della vita della popolazione: in Italia riescono a toccare i 60 anni ben il 91 per cento dei maschi e il 95 per cento delle femmine i quali da un lato si possono poi aspettare di vivere rispettivamente ulteriori 22 e 26 anni e dall'altro, quando pure siano colpiti da una malattia cronica, per la metà circa (più i maschi delle femmine) si dichiarano in una condizione di salute che da loro stessi viene giudicata buona. Una assoluta rivoluzione nella longevità, alla quale non ha corrisposto una adeguata trasformazione nelle attività lavorative, nel senso che l'età al pensionamento non ha avuto una crescita parallela. Si è venuto quindi a creare nelle popolazioni dei paesi economicamente avanzati, con particolare riferimento all'Italia, uno squilibrio enorme e crescente fra il totale degli anni vissuti nella condizione di produrre reddito, e quindi contributi da destinare ai consumi sociali, e anni vissuti nella condizione di destinatari di consumi sociali.

5.2. Infatti la frazione di persone che lavora in Italia fra i 55 e i 64 anni - a cavallo dei 60 anni che è all'incirca l'età effettiva al pensionamento - è incredibilmente ridotta: al 2008 lavora in Italia il 45,5 per cento dei maschi contro il 55,0 nella media dell'Unione europea a 27 e contro l'elevatissimo 73,4 della Svezia. Per il sesso femminile le differenze sono ancora più marcate: Italia 24,0 per cento contro il 36,9 dell'Unione europea a 27 e contro l'elevatissimo valore del 66,7 della Svezia. Fra il 2000 e il 2008, in tutti i paesi della Ue si è avuto un incremento dei tassi di occupazione delle persone in età 55-64 anni. In Italia l'incremento percentuale è stato del 24,2 per cento (il tasso è passato da 27,7 a 34,4 per cento) non particolarmente elevato nonostante l'assai basso livello di partenza; è stato all'incirca alla pari con quello medio dei Paesi della Ue.

5.5. In una indagine, peraltro non freschissima compiuta dal Dipartimento di Demografia della Sapienza e dall'Isfol nel 2003, risulta che fra gli occupati di 50-54 anni il 65 per cento ritiene che potrebbe svolgere in maniera adeguata il proprio lavoro ben oltre i 60 anni; tale percentuale sale addirittura all'81 per cento per gli occupati di età 55-59. Quindi nei "giovani anziani" c'è una piena e convinta valutazione della capacità di riuscire bene a lavorare ben oltre i 60 anni. Anche dal punto di vista della domanda di lavoro, la stessa indagine dimostra come le aziende apprezzino il contributo lavorativo degli anziani non meno di quello dei giovani: di questi ultimi si apprezza, fra l'altro, la flessibilità, la conoscenza in materia di *information technology*, la capacità di lavorare in gruppo; dei primi si apprezza, fra l'altro, l'esperienza, la lealtà nei confronti dell'azienda, la capacità di guidare un gruppo. E pertanto sia dal punto di vista della domanda e da quello dell'offerta vi è la disponibilità ad allungare la vita lavorativa. Una proposta ragionevole sarebbe quella di lasciare flessibile l'età al pensionamento con una forte penalizzazione per chi voglia andare in pensione prima dei 65 anni.

5.6. L'invecchiamento della propria forza lavoro comincia a preoccupare le singole aziende, specie quando si tratta di grandi complessi industriali. Attualmente la strategia punta molto sul "tenere in piena forma psico-fisica" la propria forza lavoro che invecchia, attraverso forme di training che consentano un pieno recupero della condizione ottimale da parte dei lavoratori che invecchiano. Anche nel campo della Pubblica amministrazione e della scuola l'invecchiamento della forza lavoro comporta problemi di adeguatezza e ricambio dei lavoratori. Un esempio ben noto della mancata gestione dell'invecchiamento è quello dei docenti universitari: da un lato ben il 35 per cento dei ricercatori ha più di 50 anni e dall'altro soltanto il 16 per cento dei professori ordinari ne ha meno di 50.

5.6. Per giustificare il mancato progressivo aumento della età al pensionamento, da parte di alcuni si obietta che così non si favorisce il lavoro dei giovani. Sui legami fra occupazione, titolo di studio ed età c'è però da considerare, con riferimento all'Italia, che un titolo di studio "fino alla licenza media superiore" caratterizza il 53 degli occupati di età 55-64 anni, mentre un titolo dalla "licenza

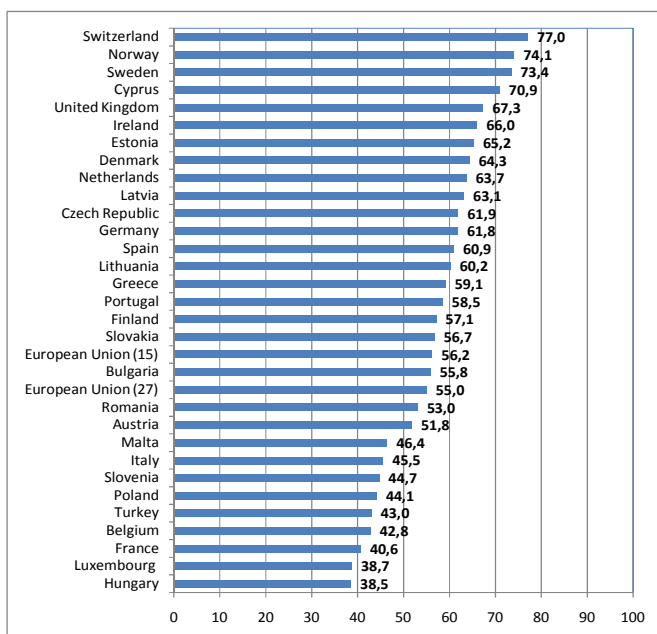
media superiore in su” caratterizza il 64 per cento degli occupati di età 25-34 anni. E quindi i posti lasciati liberi precocemente dai 50-60enni non sono in generale appetiti e ricoperti dai giovani i quali ambiscono a posizioni più gratificanti. Sono invece occupati in larghissima parte dagli immigrati che, pur necessari e convenienti per il nostro paese, sono cresciuti ad altissima velocità, proprio per la disponibilità di posti di lavoro lasciati liberi in particolare dalla popolazione anziana. Una ulteriore riprova risiede nella circostanza che nella classe di età 55-64 anni il tasso di occupazione dei maschi che hanno almeno la laurea è pari a ben il 75 per cento, mentre per coloro che hanno la licenza elementare a solo il 34 per cento.

In ogni caso per gli anziani si dovrà pensare anche a nuove forme contrattuali, imperniate sulla sperimentazione di forme di uscita dal lavoro ancora poco diffuse e alternative rispetto a quelle tradizionali: pensionamento graduale, part-time per i più anziani, *job sharing*, forme di affiancamento e tutoraggio dei più anziani nei confronti di giovani in entrata.

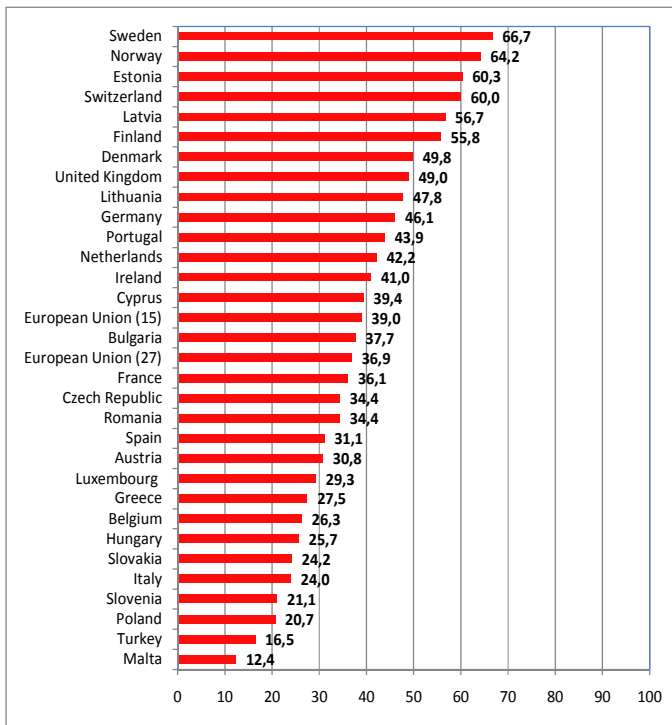
5.7. Assai opportunamente occorrerà prevedere in ogni caso per gli anziani una assai più diffusa e diversa “attività” lavorativa. In considerazione dell’enorme aumento in prospettiva del numero di anziani e vecchi, della diminuzione del numero di figli adulti, della sempre più frequente disarticolazione delle famiglie in conseguenza di separazioni e divorzi, non sarà più sufficiente nel futuro più o meno prossimo fare affidamento come è sempre stato finora sulla solidarietà intergenerazionale. Sarà con ogni probabilità necessario ricorrere in misura sempre maggiore alla solidarietà intra-generazionale, cioè al “lavoro” di assistenza e cura fornito da parte di anziani e vecchi in condizioni accettabili di salute ad anziani e vecchi che ne abbiano bisogno perché non autosufficienti. Questo lavoro potrebbe dar loro dei “crediti” da esigere quando essi stessi fossero colpiti più avanti nella età da una qualche forma di non auto sufficienza. Si tratterebbe di formalizzare con qualche modello di “banca del tempo” una forma di aiuto, tipica del buon vicinato, già molto diffusa nelle comunità di piccoli o piccolissimi paesi.

Figura 2 – Percentuale di coloro che nelle età 55-64 anni sono al lavoro nei Paesi della Ue e in qualche altro paese europeo ed extra-europeo, 2008 (Fonte Eurostat)

A – Maschi



B - Femmine



Le condizioni abitative di anziani e vecchi

1. Con l'invecchiamento delle persone, delle famiglie e della popolazione corre in parallelo l'invecchiamento della abitazione, dove normalmente risiede il componente più longevo della famiglia, in circa 6 casi su 7 una vedova. Rimasta sola si ritrova a dover gestire una abitazione quasi sempre sovradimensionata rispetto alle sue nuove esigenze ma a pagare più o meno la stessa cifra per la fornitura di servizi – elettricità, gas, riscaldamento, condominio, rifiuti, ecc.. Nel 2005 più di 1 donna su 4 è morta a più di 90 anni, in condizione di vedovanza per l'84 per cento dei casi; una larga quota di esse è morta in casa, casa nella quale con ogni probabilità ci viveva da 60-70 anni.

2. La distribuzione per età, cioè per epoca di costruzione, delle abitazioni si può rilevare soltanto al censimento e quindi l'ultimo dato disponibile risale al 2001. Nelle abitazioni più vecchie, cioè quelle costruite prima del 1961, per il 50 per cento fanno riferimento a famiglie con "capofamiglia" ultrasessantacinquenne. Quindi la maggioranza della popolazione anziana e vecchia abita in abitazioni vecchie che richiedono una manutenzione per la quale gli anziani e i vecchi si possono ritrovare senza sufficienti energie psicologiche e senza sufficienti risorse finanziarie. Almeno nelle città medio-grandi, spesso vi è per queste persone una ridotta socializzazione, trattandosi di unità in cui vive una persona sola.

3. Quasi nove anziani su dieci vivono in una abitazione per la quale non pagano canoni; infatti solo nel 12-13% dei casi (cioè per un anziano su otto) viene pagato un affitto, mentre in tutti gli altri si fruisce gratuitamente della abitazione.

I problemi legati al riscaldamento delle abitazioni e alla presenza di umidità sono particolarmente importanti per le persone anziane che patiscono particolarmente entrambi questo tipo di problemi. In Italia quasi l'11 per cento gli anziani – cioè 1,2 milioni – vivono in abitazioni con riscaldamento non adeguato e addirittura sono il 19 per cento – cioè 2,3 milioni – quelli le cui abitazioni presentano problemi di umidità. Certamente il vivere senza riscaldamento adeguato e con problemi di umidità costituisce in generale un pesante attacco alla salute delle persone, più che mai se si tratta di anziani e vecchi. E' già assai problematica la situazione del 4-6 per cento di anziani che vivono al Nord e che non hanno riscaldamento adeguato: si tratta di 265 mila persone, mentre nella stessa fredda circoscrizione sono 795 mila le persone nella cui abitazione si presentano problemi di umidità. Nelle Isole, che certamente si giovano di un clima assai migliore di quello del Nord ma che nondimeno, specie in inverno e nelle zone interne, si ritrovano con lunghi periodi di freddo, la proporzione di anziani che vivono in abitazioni con problemi di riscaldamento non adeguato sale fino al 26,1 per cento – cioè 308 mila persone – e quella di coloro che si trovano in abitazioni con problemi di umidità è addirittura del 33,7 per cento – cioè quasi 400 mila persone.

4. Certamente molto diversa è la situazione di anziani e vecchi che vivono da soli, da quella di coloro che vivono in coppia (dei quali non necessariamente uno dei due ha più di 65 anni), da quella di famiglie nelle quali si ritrovano due o più anziani. La situazione degli anziani che vivono da soli presenta situazioni di maggiore disagio abitativo rispetto a quelli che vivono in famiglie di anziani, mentre ancora migliore è quella delle famiglie in cui si ritrovano 2 o più anziani.

5. Il problema della abitazione per la popolazione anziana e vecchia e della loro adeguatezza si pone già adesso, ma ancora di più si porrà nei decenni a venire, in conseguenza della possibile e auspicata crescente longevità della popolazione, in particolare di quella femminile. Già attualmente, in riferimento alle tavole di mortalità del 2006, la probabilità per una persona di 65 anni di toccare i 90 anni è pari a 20,5 per cento se maschio e a ben 37,1 per cento se femmina.

6. Se la persona assai avanti negli anni rimane nella stessa abitazione e rimane da sola, non solo si porrà il problema della manutenzione fisica dell'abitazione, ma anche quello della sua amministrazione "burocratica" relativa a tutti gli adempimenti, a partire dalle bollette che non sempre l'anziano è in grado di seguire. Uno sforzo organizzativo dovrà essere compiuto in questa direzione di modo che si possano affrontare al meglio il problema dell'invecchiamento delle persone, almeno fin che restano pienamente autosufficienti, e delle loro abitazioni, che non solo vanno mantenute, ma possibilmente anche modernizzate. Se invece le persone presentano problemi e carenze sotto il profilo fisico e-o psichico e-o cognitivo allora si dovrà necessariamente pensare a soluzioni diverse dalla propria abitazione, come ad esempio le "case famiglie", di cui esistono già alcuni esempi in Italia, nella quale si attua una forma di assistenza-sorveglianza 24 ore al giorno. Per i vecchi non autosufficienti, in ogni caso, non potrà non estendersi la soluzione delle residenze sanitarie assistite, ancora in numero troppo ridotto in Italia e in particolare in alcune sue regioni.

Tabella 6.9 - Anziani con 65 anni e più per titolo di godimento dell'abitazione, regione e ripartizione geografica - Anno 2006 (distribuzione percentuale e totale assoluto)

RIPARTIZIONE	Titolo di godimento dell'abitazione				Totale	Totale assoluto
	In Affitto	Di proprietà	In usufrutto	In uso gratuito		
Nord-Ovest	16,1	72,7	6,4	4,7	100,0	3.202.580
Nord-Est	10,0	77,3	7,1	5,6	100,0	2.249.717
Centro	10,9	79,1	5,0	5,0	100,0	2.367.793
Sud	15,0	73,5	5,8	5,7	100,0	2.402.913
Isole	8,1	82,6	4,2	5,2	100,0	1.181.121
Italia	12,8	76,1	5,9	5,2	100,0	11.404.124

Tabella 6.11 - Anziani con 65 anni e più, che possono riscaldare adeguatamente l'abitazione in cui vivono, e nella quale possono essere presenti problemi di umidità, per regione e ripartizione geografica - Anno 2006 (distribuzione percentuale e totale assoluto)

RIPARTIZIONE	Anziani che vivono in abitazioni con				Totale	Totale
	Riscaldamento adeguato		Problemi di umidità			
	si	no	si	no		
Nord-Ovest	95,6	4,4	11,2	88,8	100,0	3.202.580
Nord-Est	94,5	5,5	19,4	80,6	100,0	2.249.717
Centro	91,6	8,4	16,3	83,7	100,0	2.367.793
Sud	82,3	17,7	24,5	75,5	100,0	2.402.913
Isole	73,9	26,1	33,7	66,3	100,0	1.181.121
Italia	89,5	10,5	19,0	81,0	100,0	11.404.124

Fonte: Elaborazioni proprie su dati "IT-SILC XADB 2006 - versione Aprile 2008"

Il mutamento sociale tra le generazioni di anziani e l'invecchiamento attivo

I cambiamenti demografici che la società italiana sta attraversando lasciano intravedere un quadro nuovo della condizione anziana per l'immediato futuro. Negli ultimi due decenni l'invecchiamento della popolazione ha registrato una accelerazione senza precedenti: in soli 17 anni (1991-2008) l'indice di vecchiaia è incrementato con la stessa intensità del trentennio 1961-1991 (rispettivamente +50,3% Vs. +53,4%). Dal 2010, inoltre, si affaccerà nella terza età la generazione dei cd. *baby boomers*, una folta schiera nata nel periodo di boom demografico che ha seguito il secondo conflitto mondiale. Il punto critico dovrebbe avvenire intorno al 2021, quando si prevede un forte calo del numero dei giovani. La popolazione anziana, invece, continuerà a crescere sensibilmente. Tale aumento desta preoccupazioni dal momento che se oggi in Italia c'è più di un anziano ogni tre persone in età lavorativa (in Europa quattro), nel 2050 avremo un anziano ogni due lavoratori.

L'aumento dell'aspettativa di vita, la riduzione della mortalità e la bassa natalità stanno lentamente ma progressivamente rivoluzionando i legami sociali e familiari. Pensiamo, per esempio, all'allungamento della catena familiare *verticale* (genitori, nonni, bisnonni) che vede coinvolte spesso tre o più generazioni diverse all'interno di una stessa famiglia ed alla contemporanea diminuzione dei rapporti *orizzontali* (fratelli, cugini). Il 48,7% della popolazione italiana tra i 50 ed i 59 anni ha almeno un genitore in vita ed il 62,2% delle persone nella stessa classe d'età fa parte di una rete familiare a tre o più generazioni con incremento delle responsabilità di assistenza connesse.

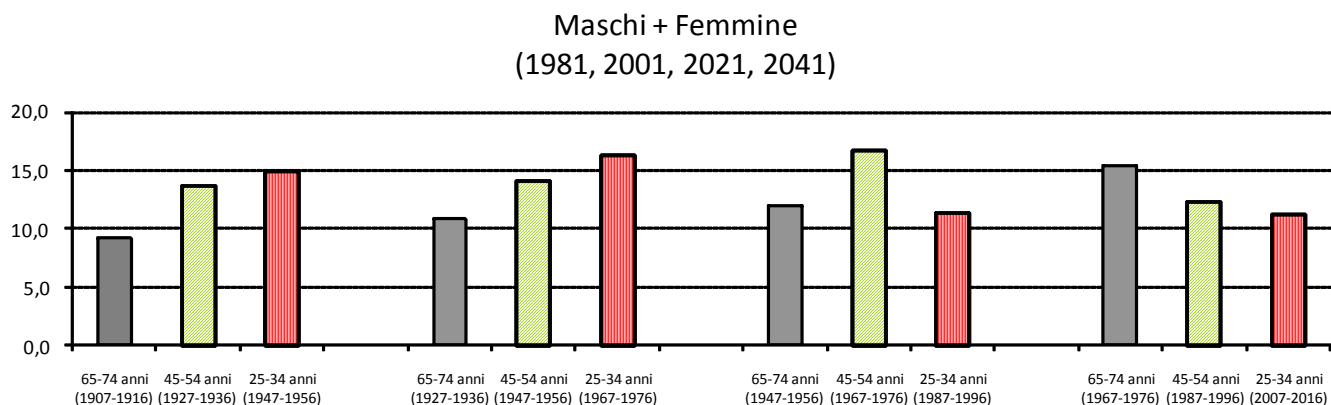
Il welfare italiano necessita dunque di urgenti interventi per adeguarsi ai bisogni di queste nuove generazioni di anziani. Uno dei più importanti nodi da affrontare riguarda le misure per la conciliazione tra responsabilità familiari e professionali – sfida che risulta ancora oggi penalizzante soprattutto per le donne – affinché chi lavora possa continuare ad assistere, se lo ritiene opportuno, i propri familiari anziani.”

D'altro canto se il progressivo aumento della popolazione anziana farà sì che, in valori assoluti, ci saranno più persone che avranno bisogno di cure, con ricadute che potrebbero risultare pesanti sulla spesa pubblica, bisogna tener conto di un fattore positivo: l'aumento dell'aspettativa di vita in buona salute per gran parte degli anziani della Terza Età (65-75enni).

In tal senso, si evidenzia l'importanza di considerare le politiche del cd. *invecchiamento attivo*, ovvero l'insieme degli interventi finalizzati a ritagliare un nuovo ruolo per gli anziani nel tessuto sociale. Queste persone non sono soggetti passivi, inermi e condizionabili dal mondo esterno: la letteratura ha messo bene in evidenza come gli anziani svolgano, fino in tarda età, funzioni sociali importanti.

A fronte di una popolazione attiva in calo, è quindi sempre più necessario elaborare un nuovo piano strategico, perché “rinviare le riforme a quando si verificherà l'aumento della spesa pubblica per le pensioni e la salute significherebbe lasciarsi scappare l'occasione di garantire che tutte le generazioni, baby-boomers compresi, contribuiscano al necessario processo di adeguamento” (Commissione Europea, 2006).

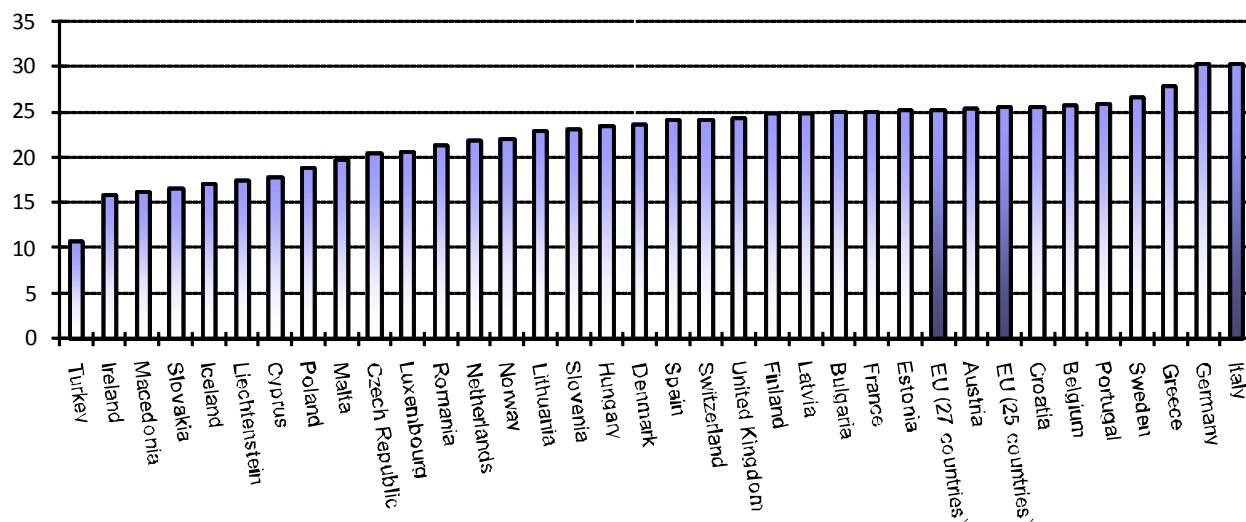
Tassi di popolazione in Italia per classi di età nel 1981, 2001, 2021*, 2041*. Generazioni 1907-1916, 1927-1936, 1947-1956, 1967-1976



* Proiezioni ISTAT

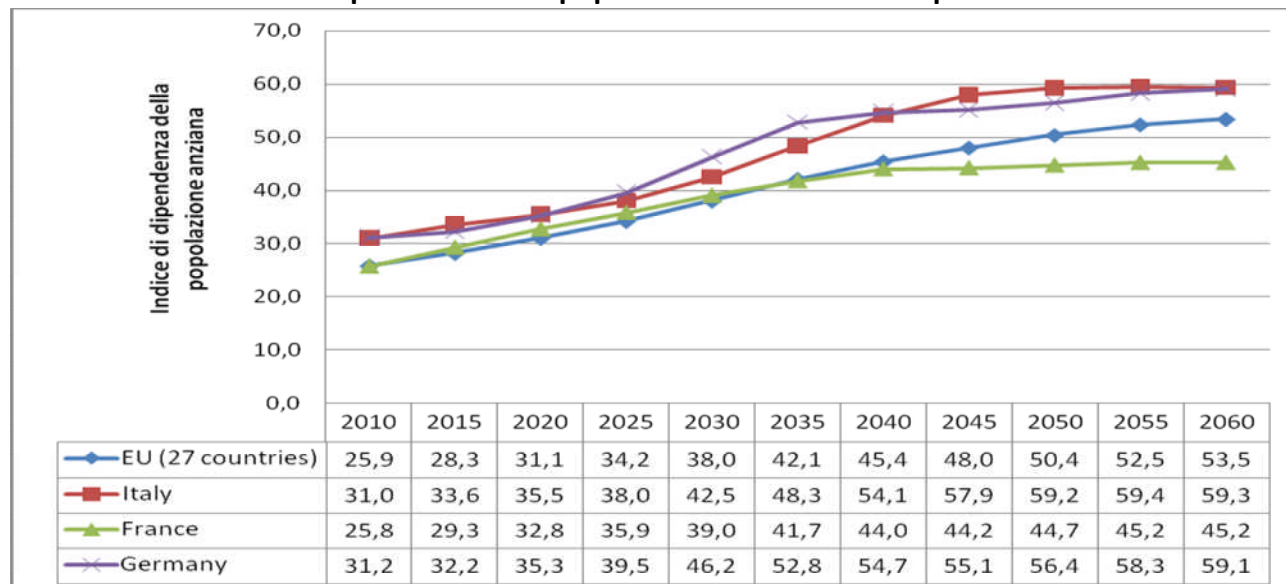
Fonte: elaborazione INRCA dai Censimenti ISTAT (1981 e 2001) e da proiezioni ISTAT (2021 e 2041)

Tasso di dipendenza delle persone economicamente inattive (di 65 anni e più) rispetto a quelle in età da lavoro (15-64 anni). EU 27, anno 2008



Fonte: elaborazioni INRCA da EUROSTAT, 2009

Proiezioni dell'indice di dipendenza della popolazione anziana in Europa



Fonte: elaborazione INRCA da dati Eurostat (2009)

La sostenibilità economica, socio-sanitaria e demografica dell'invecchiamento

L'Italia si pone al di sotto della media dei Paesi esaminati dall'Ocse (Ocse 8,9% - Italia 8,7%) per percentuale di PIL impegnato nella spesa sanitaria ma, nel nostro Paese, la partecipazione alla spesa da parte dei privati risulta essere ai livelli più bassi (Ocse 2,4% - Italia 2%). Dobbiamo però ricordare che il SSN si finanzia attraverso la tassazione diretta ed indiretta dei cittadini.

Nei Paesi Ocse, secondo l'ultimo Rapporto "Health Data 2009", pur registrando un quadro di stabilità o di lievi oscillazioni in più ed in meno, i tassi di crescita della spesa sanitaria nei 30 Paesi più sviluppati del mondo diminuiscono, con una frenata record negli ultimi 10 anni. Nel 2006 la crescita media in termini reali è stata di appena il 3,1% in più rispetto al 2005, il tasso più debole dal 1997, mentre la spesa complessiva media si è stabilizzata sul valore dell'8,9% del Pil: la stessa percentuale del 2005, con il settore pubblico a quota 6,5% del Pil.

Tab. 8.2 - Spesa sanitaria totale/Pil in alcuni paesi UE - Dal 1991 al 2007 V.%

Paesi UE	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2007
Belgio	7,8	8	8,1	7,9	8,7	8,9	8,6	8,6	8,7	8,8	9	9,1	9,4	10,1	10,4	10,2
Danimarca	8,4	8,5	8,8	8,5	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,4	8,6	8,8	9	8,9	9,5	9,8
Germania	9	9,9	9,9	10,2	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9	11,1	10,9	10,6	9
Grecia	7,2	7,9	8,8	9,7	9,6	9,6	9,4	9,4	9,6	9,7	9,4	9,5	9,9	10	9,1	9,6
Spagna	6,9	7,2	7,5	7,4	7,6	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,6	7,7	8,1	8,4	8,5
Francia	8,8	9	9,4	9,4	9,5	9,5	9,4	9,3	9,3	9,3	9,4	9,7	10,1	10,5	11,1	11
Irlanda	6,5	7,1	7	7	6,8	6,6	6,4	6,2	6,3	6,4	6,9	7,3	7,3	7,1	7,5	7,6
ITALIA	8	8,4	8,1	7,8	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1	8,3	8,5	8,4	8,4	9	8,7
Lussemburgo	5,9	6,2	6,2	6,1	6,4	6,4	5,9	5,8	6,2	5,5	5,9	6,2	6,8	8	7,3	7,3
Olanda	8,2	8,4	8,6	8,4	8,4	8,3	8,2	8,1	8,2	8,2	8,5	9,1	9,8	9,2	9,5	9,8
Austria	7,1	7,5	7,9	7,9	8,2	8,3	7,6	7,7	7,8	7,7	7,6	7,7	7,5	9,6	10,1	10,1
Portogallo	6,8	7	7,3	7,3	8,2	8,4	8,5	8,4	8,7	9,2	9,3	9,3	9,6	10	10,2	9,9
Finlandia	9	9,1	8,3	7,7	7,5	7,6	7,3	6,9	6,9	6,7	7	7,3	7,4	7,5	8,2	8,2
Svezia	8,2	8,3	8,6	8,2	8,1	8,4	8,2	8,3	8,4	8,4	8,8	9,2	9,4	9,1	9,2	9,1
Regno Unito	6,5	6,9	6,9	7	7	7	6,8	6,9	7,2	7,3	7,5	7,7	8	8,3	8,4	8,4

Fonte: elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età su dati OCSE 2006 ed OCSE "Health Data 2009"

Osservando il trend dell'ultimo decennio, si può notare che la spesa sanitaria è aumentata notevolmente tra il 2000 e il 2003 ad un tasso medio del 6,2%. Poi dal 2003 la crescita ha iniziato a diminuire, segnando rialzi del 3,6% da un anno all'altro e registrando nel 2006 - ultimo anno di elaborazioni dati disponibili - un ulteriore rallentamento. USA primi, Italia quasi nella media, ultima la Turchia. Nel 2007, il Paese nel quale la spesa sanitaria complessiva e' più alta sono gli Stati Uniti, con il 16% del Pil: quasi il doppio della media Ocse, pari a circa a 7.290 dollari di spesa all'anno pro capite. Seconda classificata la Norvegia con 4.763 dollari e terza la Svizzera, che ha speso 4.417 dollari pro capite, quasi come il Lussemburgo (4.162 dollari) seguita da Canada, Austria, Francia e Germania.

L'Italia si colloca al 19esimo posto, sui 30 paesi in esame, con una spesa in cure e medicinali pari a 2656 dollari procapite. Quindi sotto la media Ocse sia in valori assoluti (2.964 dollari) che in termini di percentuale del prodotto interno lordo.

Tab. 8.4 - Spesa sanitaria pubblica corrente totale in Italia (1990-2007)

Anni	Milioni di euro	%spesa/pil	Anni	Milioni di euro	%spesa/pil
1990	41.946	6	1999	60.520	5,4
1991	47.701	6,2	2000	67.574	5,7
1992	49.364	6,1	2001	74.744	6
1993	49.103	5,9	2002	79.106	6,1
1994	49.099	5,6	2003	81.814	6,1
1995	47.898	5,1	2004	89.888	6,5
1996	51.706	5,2	2005	95.827	6,7
1997	55.711	5,3	2006	101.427	6,9
1998	57.569	5,3	2007	101.952	6,8-7,0

Fonte: elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età su dati ISTAT 2007, e Ruff- Relazione Unificata Economia e Finanza (2009).

Tab. 8.3 - Spesa farmaceutica procapite - anno 2006-2007 in alcuni paesi OECD (in dollari)

<i>Paesi</i>	Spesa farmaceutica procapite Anno 2006	Spesa farmaceutica procapite Anno 2007
Australia	426	431
Austria	481	500
Belgio	533	566
Canada	644	691
Repubblica Ceca	350	349
Danimarca	285	301
Finlandia	387	400
Francia	560	588
Germania	514	542
Grecia	578	677
Ungheria	463	434
Islanda	456	448
Italia	531	518
Giappone	506	506
Corea	382	416
Lussemburgo	338	349
Messico	178	198
Paesi Bassi	422	422
Nuova Zelanda	255	241
Norvegia	391	381
Polonia	250	253
Portogallo	468	468
Slovacchia	393	435
Spagna	534	562
Svezia	427	446
Svizzera	433	454
Stati Uniti	844	878
<i>Media OECD</i>	445	461

Fonte: elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età su dati OCSE "Health Data 2009"

Si è passati da 74,7 a 88,5 miliardi di euro di spesa sanitaria nel settore pubblico e, per quanto riguarda la spesa corrente, dai 96,1 nel 2001 e da 112,5 miliardi di euro nel 2004 ai 113 miliardi di euro nel 2009 (fonte: Relazione Corte dei Conti 2009).

In Italia il 76,4% della spesa sanitaria è stata finanziata dallo Stato, con un'incidenza superiore rispetto ai Paesi Ocse di quasi 3,5 punti percentuali.

In conclusione, con tutta la cautela resa necessaria anche da problemi di comparabilità dei dati, si può affermare che:

- la spesa sanitaria complessiva nei paesi OCSE (tra cui quelli europei) e, soprattutto quando sono di maggiori dimensioni, si è ampliata in rapporto al PIL a partire dall'inizio degli anni '90 e dal 2003 tende a diminuire;

- in Italia e in altri paesi OCSE si è assistito ad una riduzione della spesa per la sanità pubblica in rapporto al PIL se si considera anche la variazione del potere d'acquisto. Al contrario, generalmente, si è avuto un incremento rilevante in paesi in cui la sanità privata ha un'incidenza maggiore e dove si era verificata un'apprezzabile crescita economica (come Stati Uniti, Corea o Svizzera);

- nella seconda parte del periodo, considerato l'andamento della spesa totale, la tendenza alla crescente importanza della componente privata è piuttosto generalizzata ed evidente;

- in tutti i paesi dell'Unione europea a 27 si sono ridotti i posti letto (ad eccezione di Austria e Malta), ma in Italia la percentuale di diminuzione è stata doppia rispetto alla media dei paesi OCSE.

La riduzione dei PIL nazionali, che l'OCSE nel Giugno del corrente anno valuta mediamente del 4,1% (nel nostro Paese del 5,5%), non potrà che incidere pesantemente sui sistemi socio-sanitari e sulle quote di prodotto interno lordo da questi assorbite.

Tab. 8.9 – La spesa sanitaria in Italia: consuntivi e previsioni per il 2009

	Dati Istat						Dati Ruef		Risparmi attesi dai Piani di rientro
	2006	2007	2008	2006/2007	2007/2006	2008/2007	2009	2008/2009	
	Milioni			Percentuale			*	%	
Servizi prodotti da produttori non market, contribuzioni diverse, servizi amministrativi e altre uscite	62.888	62.960	68.897	7,4	0,1	9,4	70.717	2,6	1.410
Redditi da lavoro dipendenti	36.472	34.565	38.208	7,8	-5,2	10,5	38.743	1,4	453
Consumi intermedi	21.971	28.833	25.669	6,5	8,5	7,7	26.721	4,1	957
Altro (esclusi interessi)	4.126	4.043	4.583	5,5	-2	13,4	4.794	4,6	
Interessi	319	519	437	57,9	62,7	-15,8	459	5	
Beni e servizi prodotti da produttori market:									
Farmaci	38.529	38.992	39.850	2,6	1,2	2,2	42.592	6,9	590
Assistenza medica generica	12.334	11.543	11.208	4,1	-6,4	-2,9	11.567	3,2	57
Altre prestazioni	5.930	6.077	6.175	-8,1	-2,5	1,6	7.503	21,5	33
Totale	20.265	21.372	22.467	5,2	5,5	5,1	23.523	4,7	500
Totale	101.417	101.952	108.747	5,5	0,5	6,7	113.309	4,2	2.000

* I dati relativi al 2009 sono stati dedotti dalla Ruef- Relazione Unificata Economia e Finanza (2009). Le voci di cui non era specificato l'andamento - Altro e interessi- sono stati stimati per differenza applicando alla spesa per interessi la variazione prevista a livello nazionale per tale voce di spesa.

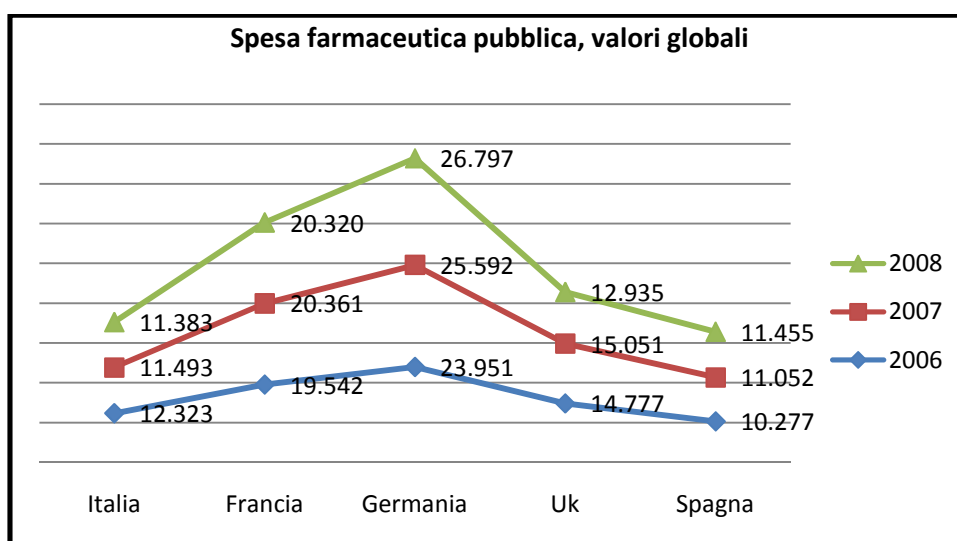
Fonte: Ageing Society – Osservatorio Terza Età su dati della Corte dei Conti 2009.

È stato stimato che le spese per la salute provochino un aumento di circa il 10% dei poveri "effettivi". A questi si aggiunga oltre il 4% di famiglie che, malgrado siano titolari "sulla carta" di una copertura globale dei propri bisogni sanitari, sostengono direttamente una spesa per assistenza sanitaria che supera la soglia di riferimento proposta dall'OMS, ovvero il 40% della loro capacità di pagare. In termini assoluti il fenomeno è ragguardevole, essendo coinvolti complessivamente almeno 1.200.000 nuclei familiari. È preoccupante il fatto che circa il 15% delle famiglie italiane con un anziano abbia dichiarato di non aver avuto danaro sufficiente per le spese mediche e che una famiglia su tre non riesca a sostenere le spese impreviste.

Nel giro di un decennio (1996-2006), segnalava l'ISTAT, c'è stato un incremento delle spese sanitarie a carico delle famiglie che sfiora il 35%. È evidente che si tratta di una situazione difficilmente sostenibile per le fasce deboli della popolazione, specialmente per gli anziani, visto che il potere d'acquisto delle pensioni si è notevolmente ridotto negli ultimi anni.

Rispetto ad una rappresentazione grafica che ponga a confronto la spesa farmaceutica pubblica dei principali paesi europei, pur in un quadro generale di contenimento della spesa, il nostro Paese si colloca ai livelli più bassi fra i paesi più industrializzati.

Graf.8.9 - Spesa farmaceutica pubblica a confronto 2006-'07-'08, valori globali (mld di euro) (Italia, Francia, Germania, UK e Spagna)



Fonte: elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età su dati Farmindustria-Indicatori Farmaceutici 2009

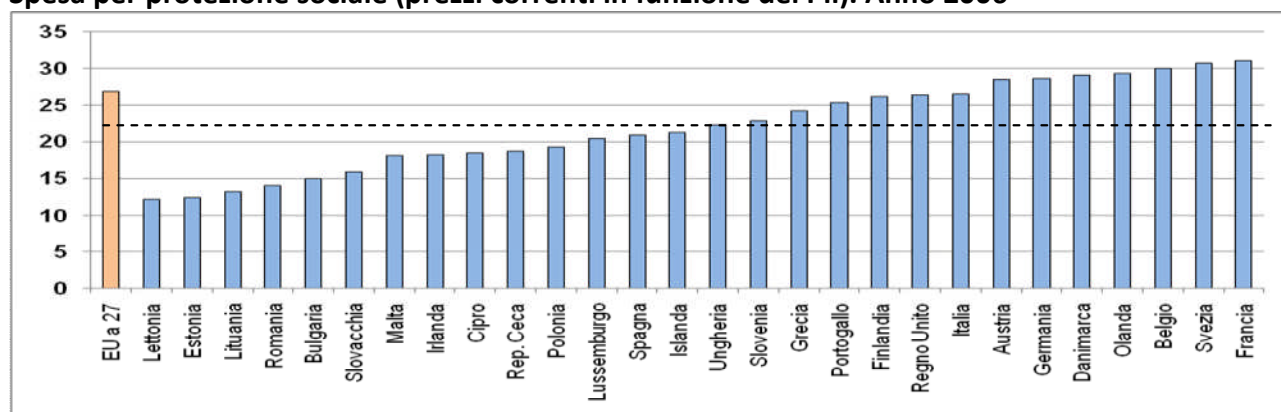
Scheda Capitolo 9

La sostenibilità della spesa per la Protezione Sociale e la questione delle disuguaglianze sociali

Nella definizione di protezione sociale adottata da ESSPROS, il “Sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale”, sono compresi tutti gli interventi erogati da organismi pubblici o privati rivolti ad individui e famiglie a tutela dei rischi o bisogni. ESSPROS prende in considerazione 8 tipologie di rischi/aree di intervento: a) la malattia e l’assistenza sanitaria; b) l’invalidità; c) la vecchiaia; d) l’esser superstiti; e) la famiglia e i figli; f) la disoccupazione; g) l’edilizia sociale; h) l’esclusione sociale non altrove classificata.

Nel 2006 la spesa sociale complessiva in Italia è stata pari al 26,6% del Pil, di poco sotto la media dell’Unione Europea, pari al 26,9%. I Paesi ad aver investito maggiori risorse rispetto all’Italia sono quelli dell’area continentale e scandinava, dove i sistemi di welfare sono stati caratterizzati storicamente dalla predominanza dell’intervento pubblico.

Spesa per protezione sociale (prezzi correnti in funzione del Pil). Anno 2006



Fonte: Elaborazioni INRCA da Eurostat/ESSPROS, ottobre 2008

Se si osserva in chiave comparata la composizione della spesa sociale secondo le distinte funzioni, il caso italiano emerge per la sua specificità. Il nostro Paese investe (unico in Europa) più del 60% della spesa nell’area “vecchiaia e superstiti” (Vs. una media europea del 45,9, dati 2005). La ragione di tale sbilanciamento è dovuta al fatto che in tale ambito sono contabilizzate le prestazioni pensionistiche, che costituiscono il tradizionale pilastro del welfare italiano, orientato maggiormente ancora oggi verso prestazioni *cash* piuttosto che *in-kind*.

La spesa per tutte le altre funzioni, in termini relativi rispetto al Pil, è minore: particolarmente contenute risultano essere le spese per la disabilità (1,5% Vs. media EU di 2,1%), la disoccupazione (0,5% Vs. 1,6%) e la famiglia (1,1% Vs. 2,1%).

L’analisi svolta nel Rapporto suggerisce due ordini di considerazioni circa il nostro sistema di protezione sociale. In primo luogo si evidenzia come il percorso di riforma delle pensioni, abbia iniziato a fornire primi risultati positivi per quanto concerne il contenimento della spesa e la riduzione delle disuguaglianze di trattamento pensionistico tra le diverse tipologie di lavoratori. Su tale fronte, per garantire la sostenibilità del sistema è auspicata una ulteriore espansione della previdenza complementare e integrativa oltre che un generale innalzamento dell’età del pensionamento. La seconda considerazione riguarda invece il carattere del welfare italiano nel suo complesso, tuttora eccessivamente orientato verso il risarcimento dei danni (anche la non autosufficienza è, in un certo senso, considerata come tale) che seguono gli eventi avversi piuttosto che la prevenzione e co-gestione degli stessi. Diversamente le riforme avviate in Europa mirano sempre più a realizzare politiche di attivazione e di mantenimento del potenziale di salute individuale, attraverso la prevenzione dei rischi e l’assunzione dei rischi più alti insostenibili da parte del singolo. Un sistema di welfare capace di diminuire l’esposizione ai fattori di rischio dei soggetti che oggi invecchiano, prevenendo sin dove è possibile l’insorgere di malattie e disabilità, è fondamentale affinché gli anziani di domani possano costituire una vera risorsa per il Paese.

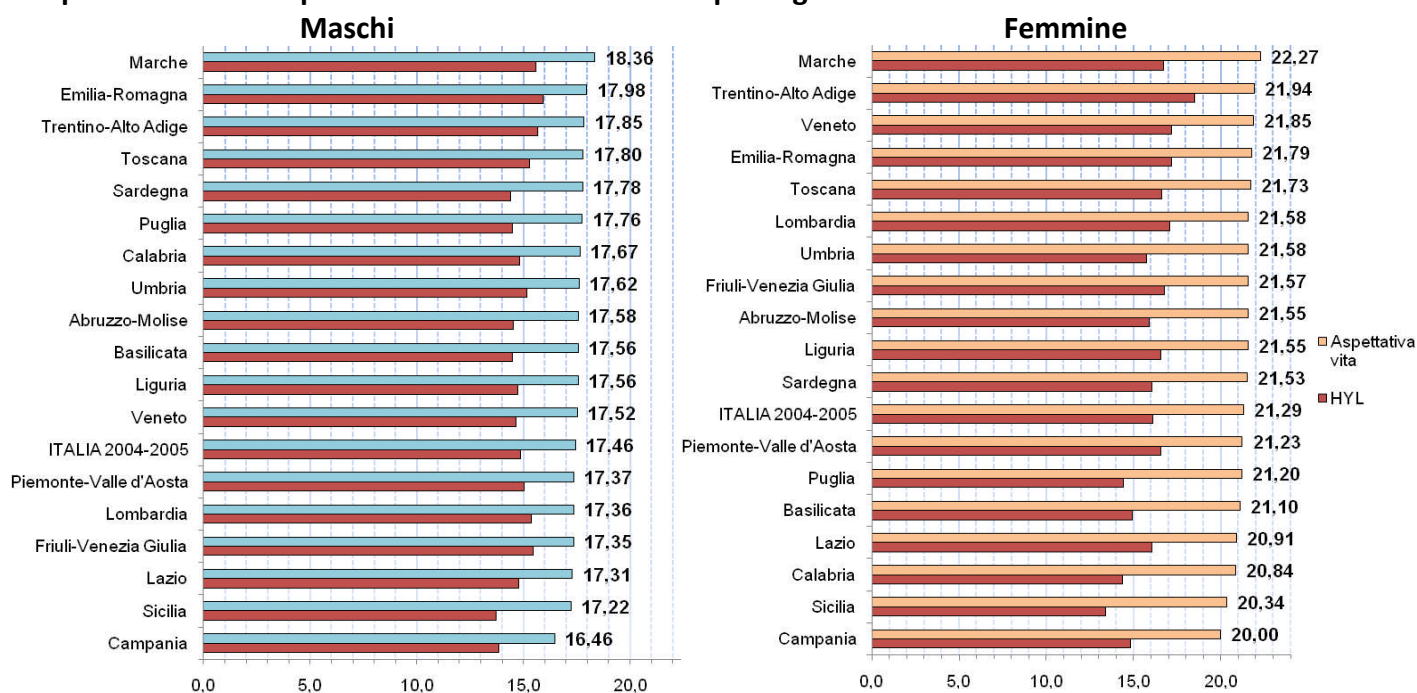
Sfide demografiche e strategie sociali ed economiche per affrontare il processo dell'invecchiamento e renderlo sostenibile

L'aspettativa di vita è uno degli indicatori più diffusi per valutare lo stato sociale, ambientale e sanitario in cui vive una popolazione e quindi lo stato di sviluppo complessivo e di benessere di un sistema paese. Negli ultimi 50 anni, la speranza di vita nei paesi sviluppati è cresciuta ad un ritmo sorprendente, tanto che alcuni scienziati hanno parlato di *"broken limits to life-expectancy"*, sostenendo che non sia più ipotizzabile l'esistenza di limiti fisiologici all'invecchiamento umano.

L'incremento della aspettativa di vita, tuttavia, non può considerarsi di per sé come un fatto positivo, se assieme agli anni di vita aumenta anche il periodo vissuto in condizioni di malattia o disabilità. Pertanto, allo scopo di valutare gli effettivi benefici del processo di invecchiamento demografico si fa riferimento all'aspettativa di vita in buona salute (HLY – *Healthy Life Years*), un indicatore che misura la vita residua libera da disabilità e malattie.

La vera sfida dei prossimi anni è ridurre al massimo il divario tra i due indicatori, adottando strategie e politiche in grado di incidere sulla qualità dell'invecchiamento; le strategie di prevenzione finalizzate a ridurre i comportamenti e stili di vita insalubri presso la popolazione (ad esempio il fumo, l'alimentazione scorretta, la sedentarietà), così come le campagne di educazione sanitaria, tendono, secondo questa logica, ad incrementare il potenziale dell'invecchiamento attivo.

Speranza di vita e speranza di vita senza disabilità per regione e sesso. Anno 2005



Fonte: elaborazioni INRCA da ISTAT (2008)

In Italia esistono forti disuguaglianze territoriali tra le Regioni per quanto concerne l'aspettativa di vita: dalle analisi dei dati disponibili, emerge l'esistenza di un marcato gradiente di salute Nord-Sud, che vede gli abitanti dell'Italia meridionale svantaggiati sia in termini di aspettativa di vita generale che libera da disabilità. Tali differenze rispecchiano anche le disuguaglianze socio-economiche che attraversano il nostro Paese e che si riflettono in ogni ambito della vita quotidiana, condizionando non solo le *chances* occupazionali e di informazione degli individui, ma anche le loro possibilità di invecchiare in salute. Una ulteriore sfida non più eludibile concerne pertanto la riduzione di tali squilibri socio-territoriali, assicurando ai cittadini il diritto alla salute indipendentemente dal luogo di residenza e dalla condizione sociale di appartenenza.

Scheda capitolo 11

Indagine sullo stato dell'arte delle politiche vaccinali antinfluenzali nel personale a rischio delle Asl

L'influenza è la terza causa di morte per patologia infettiva nei paesi ad economia avanzata ed il danno economico determinato da costi diretti e da costi indiretti è estremamente significativo.

Gli studi da noi effettuati sull'impatto economico delle mancate vaccinazioni e pubblicati nel Rapporto Nazionale 2007 sulla Condizione ed il Pensiero degli Anziani, inducono ad una attenta riflessione sulla operatività che le pubbliche amministrazioni devono porre in essere per incentivare le politiche vaccinali.

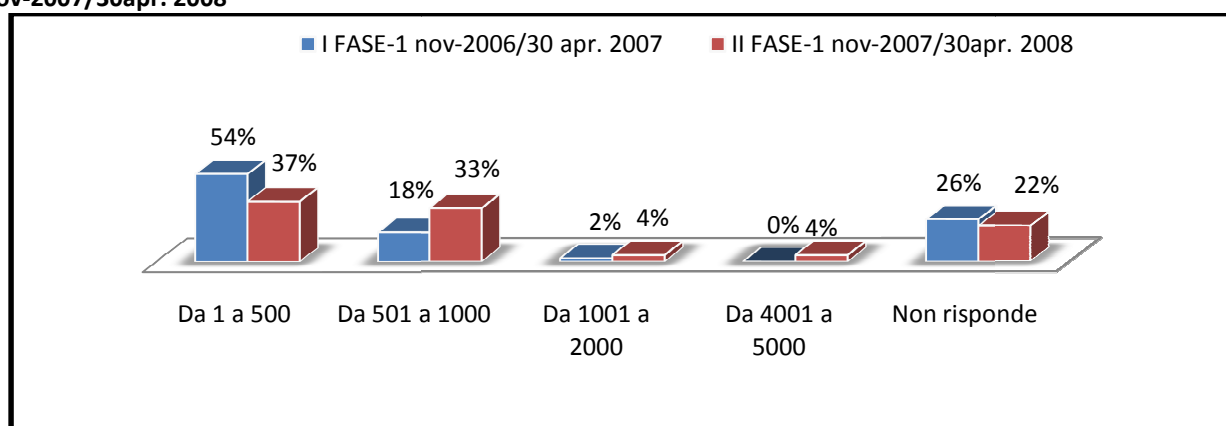
I dati sono sconcertanti¹: il 65% dei medici e dei farmacisti dichiara di volersi vaccinare contro il virus dell'influenza mentre, circa il 28% si è dichiarato nettamente contrario.

Il dato della propensione alla vaccinazione di questi operatori sanitari è assolutamente antitetico rispetto ai riscontri consuntivi delle vaccinazioni delle categorie a rischio secondo i quali solo il 23% si vaccina annualmente, il 13% lo fa saltuariamente e ben il 64,1% non si è mai vaccinato.

I recenti richiami, evidenziati anche dai media, circa la necessità di ridurre l'assenteismo dei pubblici dipendenti anche attraverso una incentivazione delle politiche vaccinali, fanno riferimento al fatto che la vaccinazione antinfluenzale determina una riduzione del 77% delle assenze ed una contrazione delle giornate lavorative complessivamente perdute dell'82%, rispetto alla popolazione non vaccinata. Nel personale sanitario l'immunizzazione è altresì importante per ridurre anche le possibilità di contagio.

In accordo con Federsanità Anci, abbiamo avviato una indagine tesa a valutare, nell'arco di due anni, gli effetti delle politiche vaccinali sugli operatori sanitari a rischio operanti nelle strutture pubbliche. L'indagine effettuata su 57 Asl ed AO, dislocate su tutto il territorio nazionale, è stata distinta in due fasi nelle quali veniva somministrato un questionario teso, da una parte a valutare l'attuazione dei Piani Nazionale e Regionali di Prevenzione e dall'altra la valutazione oggettiva dei risultati di vaccinazione conseguiti e della valutazione socio economica dei guadagni di salute.

Graf. 11.37 - Numero di dipendenti assenti per malattia fra i 5 ed i 7 giorni - Periodo 1 nov-2006/30 apr. 2007 e Periodo 1 nov-2007/30apr. 2008



I dati posti a confronto indicano come nel periodo 1 nov-2007/30 apr. 2008, malgrado non si sia registrata una particolare virulenza delle tipiche forme influenzali, si sia registrato un incremento assai significativo delle assenze per malattia.

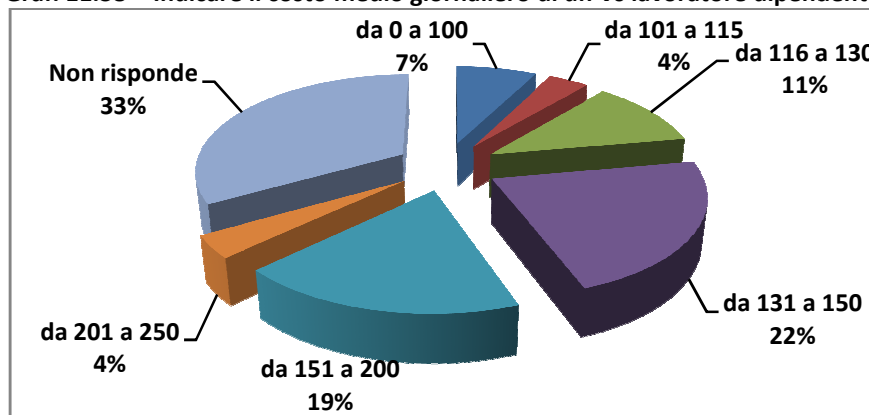
Se tale dato negativo si mette in correlazione con la riduzione delle vaccinazioni effettuate dal personale dipendente a rischio, come rilevato nell'ultimo anno, si conferma la necessità che le

¹ Doctor News 33; farmacista.33, indagine 23 luglio 2007 – valutazione per indagare quanti medici hanno intenzione di vaccinarsi contro l'influenza.

campagne antinfluenzali vengano attuate con maggiore organizzazione e determinazione al fine di ridurre le assenze nel settore sanitario che, per molti versi, ha problemi di copertura dei turni da parte del personale.

L'indagine ha posto in rilievo come negli anni presi in esame imponenti scorte di vaccini acquistate dalle Asl non siano state utilizzate.

Graf. 11.38 - Indicare il costo medio giornaliero di un Vs lavoratore dipendente.



Fonte: Elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età

Nel periodo preso in esame abbiamo stimato che 16.500 dipendenti delle strutture esaminate siano risultati assenti per influenza.

Moltiplicando tale numero per il costo medio delle retribuzioni giornaliere per 6 giorni di malattia (euro 170,00 per 6 giorni = 1.020 euro) risulta che la Pubblica Amministrazione ha speso circa 16 milioni di euro (16.830.000) in stipendi per prestazioni che non ha ricevuto a causa dell'influenza.

Da tale presupposto, effettuando una stima molto prudentiale sulla totalità delle 163 Asl italiane abbiamo stimato che nel periodo influenzale si assentano dal lavoro 47.107 lavoratori per un totale di giornate perse pari a circa 282.000. Tale valutazione ci fa raggiungere la somma quasi 48 milioni di euro (47.940.000) spesi dallo Stato per servizi non ricevuti.

Nello studio si esaminano anche possibili variabili legate alla efficacia immunizzante dei vaccini e si confrontano i dati di analoghe indagini effettuate negli anni dall'Istituto Superiore di Sanità.

Lo studio conferma l'insufficiente livello di prevenzione antinfluenzale effettuata dalle categorie di lavoratori a rischio nella Pubblica Amministrazione, che è ancor più rilevante a livello di strutture private, sia sanitarie che relative ad altre attività professionali quali, ad esempio, tutti coloro che operano in contatto con il pubblico (banche, uffici postali etc.) o tutti coloro che operano all'aperto (es. vigilantes). L'incapacità di produrre salute con la diffusione della vaccinazione antinfluenzale nelle categorie a rischio e, in genere, nelle fasce produttive della società, si traduce in un elevato costo sia per lo Stato che per i privati, rappresentato non solo dagli oneri improduttivi ma anche dai costi sociali e sanitari.

Ricordiamo, infine, che in occasione di uno studio presentato al Forum della Pubblica Amministrazione nel 2007, documentammo come i costi dell'influenza nella fascia dei lavoratori privati ammontavano a 380 euro mediamente per ogni lavoratore influenzato, e valutavamo un complessivo di 32 milioni di giornate lavorative perse.

Stimavamo, pertanto, i costi diretti ed indiretti in 3 miliardi di euro.

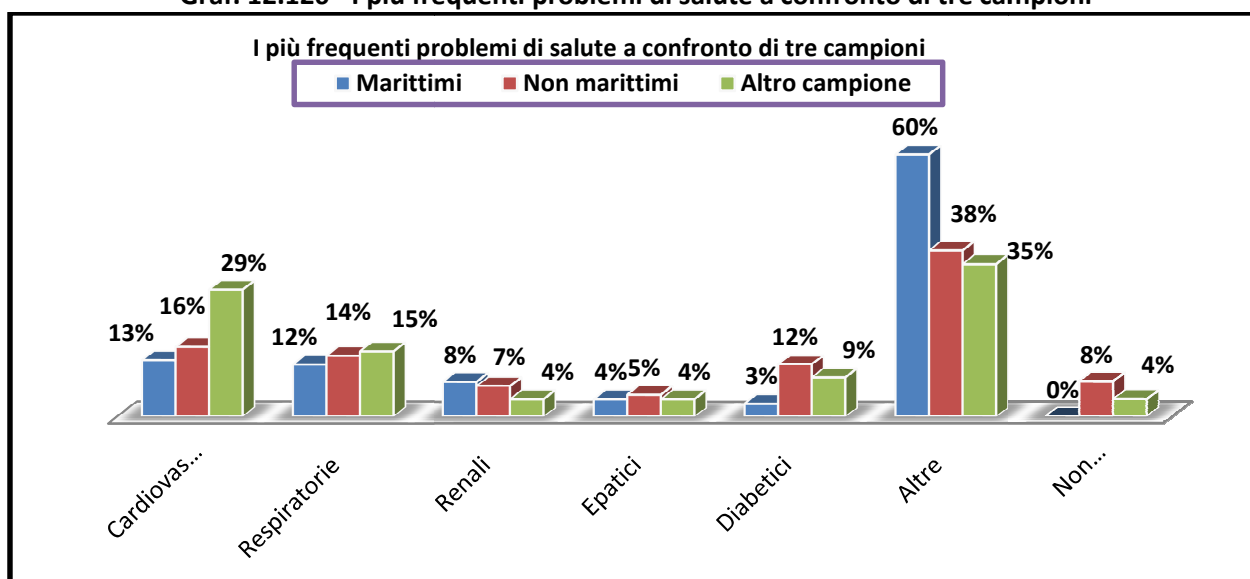
In ultimo, valutammo come la somministrazione del vaccino antinfluenzale ad un milione di lavoratori determinasse, tra risparmio di spese improduttive, indennità erogate dall'INPS, costi sanitari e sociali, etc. un risparmio complessivo stimabile per difetto tra gli 800 milioni ed 1 miliardo di euro.

Le attività marittime e gli aspetti sanitari nell'invecchiamento dei lavoratori

L'indagine nasce dall'avvertita necessità di valutare come le attività della gente di mare – in particolare quelle sulla pesca - incidano sull'invecchiamento dei lavoratori, sulle differenze dei parametri di salute, sull'infortunistica, sulle attese di vita e sulla qualità della stessa, nella terza e quarta età. Infine, se la definizione di "lavoro usurante" è attribuibile alle attività marinare e, fra queste, eventualmente a quali.

Poiché è acclarato che l'invecchiamento e l'anzianità lavorativa favoriscono l'evidenza clinica di patologie croniche e o correlabili alle condizioni di vita e di lavoro, la nostra indagine, ponendo a confronto campioni di lavoratori e pensionati in età medio alta, poteva razionalmente mettere in luce evidenze fin qui inesplorate da parte degli studi sull'argomento che, generalmente, venivano effettuati su lavoratori di età media di anni 40. E' emerso:

Graf. 12.126 - I più frequenti problemi di salute a confronto di tre campioni



Fonte: elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età

La disamina dei risultati rilevati, il confronto fra i due gruppi campione ed il terzo gruppo di approfondimento, per un numero complessivo di 1276 soggetti intervistati in quattro regioni, ci consente di disegnare alcune conclusioni.

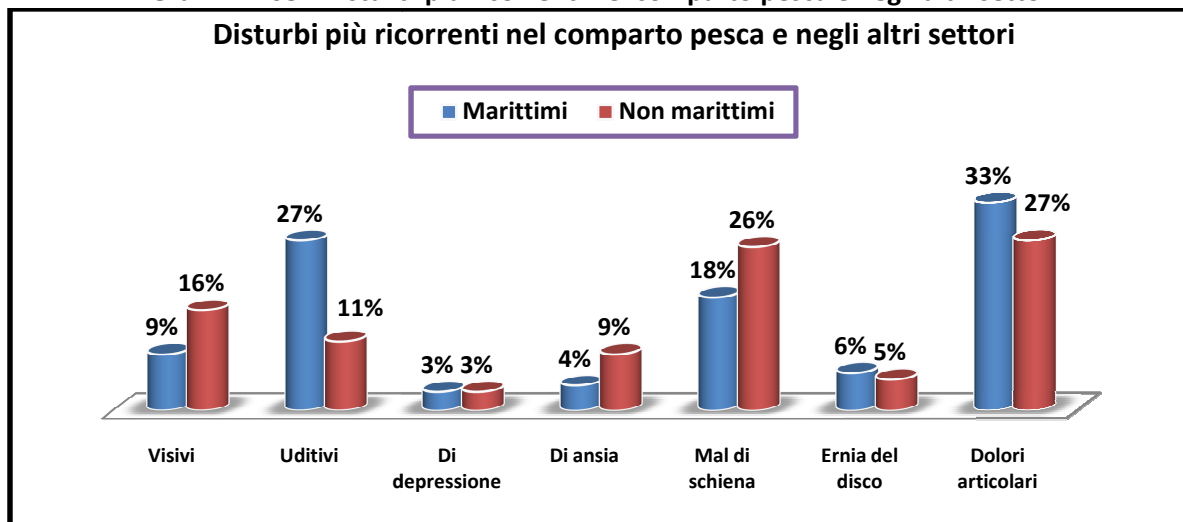
Possiamo affermare che l'invecchiamento dei lavoratori marittimi non è qualitativamente peggiore rispetto a lavoratori appartenenti ad altri comparti.

La sinistrosità che conduce ad infermità tali da comportare riconoscimenti di invalidità non è tale da attribuire al comparto una maggiore pericolosità rispetto ad altre tipologie di attività lavorative. In relazione agli infortuni sul lavoro nel settore pesca, questi si registrano con una frequenza 13/1000 mentre negli altri settori il riscontro è del 40/1000.

Sono, però, certamente diversi i carichi di lavoro, le condizioni socio ambientali in cui l'attività si svolge e le condizioni generali di sicurezza sul lavoro che appaiono insufficienti a ridurre i rischi rilevati. E' interessante sottolineare il rilievo secondo il quale, nel nostro campione di marittimi, di cui ricordiamo l'età medio alta, risulta significativamente inferiore l'incidenza di patologie cardiovascolari e del diabete. Aspetto questo, probabilmente, correlabile alla tipologia dell'alimentazione ricca di omega 3 e alla costanza di una attività motoria intensa e prolungata nel tempo. E ciò malgrado il fatto che oltre il 50% risulta essere un "buon fumatore".

In perfetta sintonia con la letteratura pregressa, anche nel nostro campione l'incidenza dei disturbi dell'udito risulta essere significativamente superiore al gruppo campione, confermando l'ipoacusia come una patologia professionale tipica del comparto e più specificatamente degli addetti ai motori.

Graf. 12.108 - Disturbi più ricorrenti nel comparto pesca e negli altri settori



Fonte: elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età

Infine, ci sentiamo di richiamare l'attenzione sugli aspetti legati alle patologie dermatologiche ed allergiche che, per la loro incidenza, appaiono segnalare una specificità per tale attività lavorativa e che richiederebbero opportune strategie di prevenzione da parte degli Organismi di tutela.

Per tornare sull'argomento infortuni, ci sembra opportuno sottolineare come si registri una micro infortunistica, legata a piccole lesioni e traumi, che potrebbe essere significativamente ridotta con opportune iniziative di informazione e prevenzione oltre che con l'adozione di mezzi di protezione adeguati (guanti, scarpe, vestiti etc.).

In quest'ultimo caso, dobbiamo tener conto della necessità di una maggiore informazione sulla sicurezza della salute a bordo, oltre che sui fattori di rischio più frequenti.

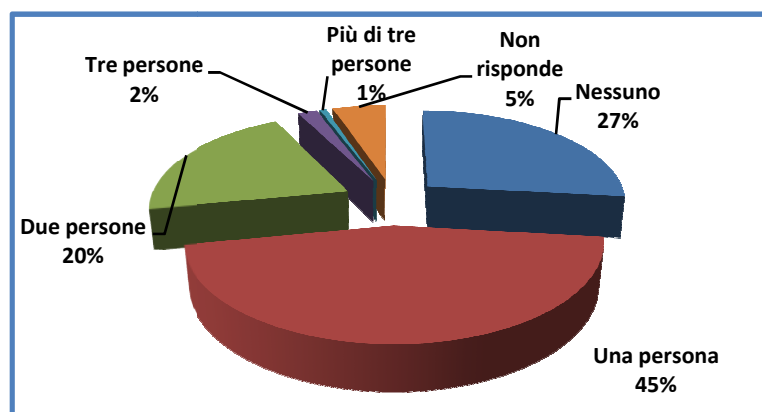
Il problema, al riguardo, nasce dalla necessità di veicolare informazioni semplici e fruibili da parte di gruppi scarsamente scolarizzati e dalla responsabilità di armatori e comandanti nell'applicazione puntuale delle norme previste. Ma, non possiamo sottacere la necessità di un controllo sull'applicazione delle norme e dei regolamenti.

Il mercato dei farmaci generici ed i disagi prodotti

L'introduzione dell'uso dei farmaci equivalenti e la sempre maggiore incidenza rispetto al totale dei consumi dei farmaci a carico del SSN risponde, certamente, a logiche di contenimento della spesa farmaceutica e di una sua corretta razionalizzazione.

Non intendendo in questa sede entrare nel merito della pari efficacia fra i generici ed ai loro progenitori, ci richiamiamo invece ai risultati della nostra indagine per sottolineare come i disagi segnalati dagli anziani siano forieri di problematiche attinenti alla corretta adesione terapeutica ed alla compliance alla stessa terapia. A tali disagi potrebbe anche attribuirsi l'effetto, tutto psicologico, che nega l'efficacia del farmaco generico rispetto al branded.

13. 13 - Quante persone, a causa di una malattia cronica, assumono regolarmente farmaci?



Fonte: Elaborazione Ageing Society–Osservatorio Terza Età

Il Graf. sopra esposto, infatti, ci conferma che l'anziano, soprattutto l'over 70, è un soggetto spesso affetto da pluri patologie che lo costringono a pluri assunzioni giornaliere di farmaci, ai quali lega fortemente la propria condizione di salute e di benessere e come questa preoccupazione sia primaria tra le sue priorità.

La preoccupazione legata alla scadenza dei farmaci, alla loro conservazione, ad evitare errori di assunzione tra farmaci e di errate posologie, rappresentano, dunque, le quotidiane preoccupazioni dell'anziano il quale cerca di esorcizzarle adottando opportuni metodi di conservazione e di identificazione dei farmaci e delle posologie consigliate.

Come rileva l'Indagine, il principale elemento connotativo del farmaco era rappresentato dal marchio, seguito dalla confezione sia nella sua rappresentazione esterna che nelle caratteristiche di forma e di colore dei contenuti interni.

L'introduzione e l'uso, sempre più diffuso, dei farmaci equivalenti, ha fortemente destabilizzato la sicurezza degli anziani. Come detto, non c'è più un solo marchio, le confezioni che di volta in volta riceve hanno forme e colori diversi anche nei contenuti interni e viene introdotto un unico stabile elemento connotativo rappresentato dal principio attivo il cui nome è spesso impronunciabile e assai difficilmente memorizzabile da parte del paziente.

La nostra indagine ha evidenziato come questo stato di cose determini disagi e paure nell'anziano ma non può certamente evidenziare quanto tutto ciò causi scambi di confezione, errori posologici, effetti collaterali anche gravi, e quanti e quali siano i danni alla salute determinati, genericamente, da una cattiva adesione alla terapia prescritta.

Dobbiamo pertanto sforzarci di restituire agli anziani elementi connotativi certi e stabili in relazione ai farmaci che essi assumono cronicamente e ciò non solo al fine di ridurre i disagi palesati ma

soprattutto per garantire loro una pratica terapeutica rassicurante e priva degli ulteriori rischi derivanti da una sostituzione con farmaci sì equivalenti, ma con packaging diverso.

Riteniamo pertanto opportuno segnalare alle Autorità competenti, ai medici di famiglia ed agli specialisti l'adozione di regole semplici e facilmente perseguibili in grado di porre rimedio a quanto la nostra indagine ha rilevato.

Una ipotesi correttiva potrebbe essere quella di adottare, per ogni principio attivo di cui siano costituiti i farmaci equivalenti, una unica confezione, per forma e colore, nella quale sia riportato, quale unico elemento di diversificazione, il nome del produttore.

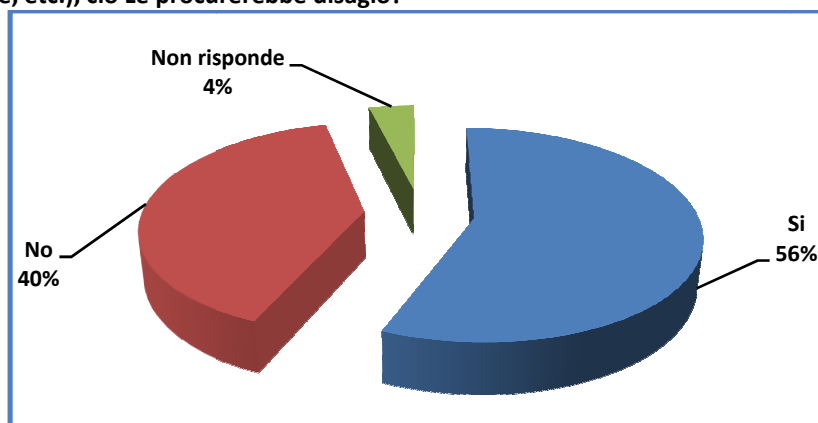
Analoga strategia per quanto riguarda i contenuti interni della confezione.

Ci rendiamo conto che l'adozione di tale ipotesi comporterebbe un aggravio di spesa per le industrie del settore, le quali dovrebbero modificare le linee di confezionamento ed il packaging dei loro prodotti. Ciò non toglie che il Ministero del Welfare potrebbe fare attuare questa disposizione per tutti i nuovi farmaci generici che verranno prossimamente messi in commercio. Tale soluzione di compromesso se non garantirà al 100% gli anziani di oggi potrà ridurre i disagi agli anziani di domani.

Altra ipotesi è quella che vede i medici protagonisti e sensibili interpreti dei bisogni di quelli che rappresentano la maggior parte dei loro assistiti.

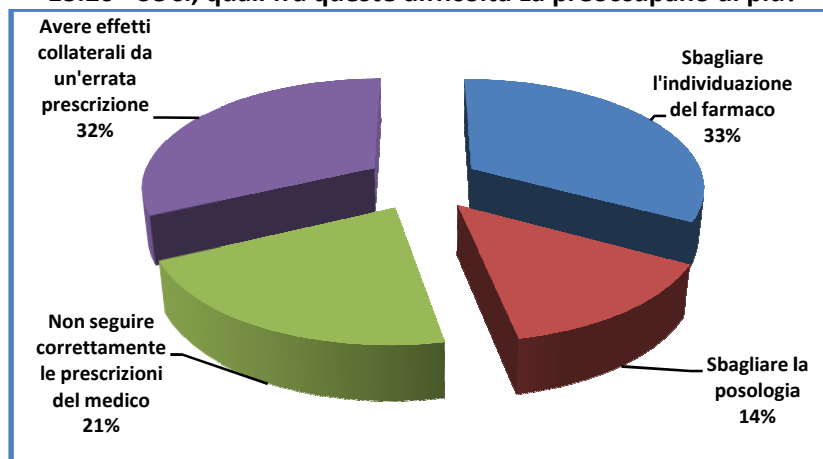
Si tratta di prescrivere il farmaco generico specificando il nome dell'Azienda produttrice in modo da garantire al proprio paziente che sia sempre lo stesso farmaco ad essere assunto evitando in tal modo le proposte continue e diversificate che vengono dispensate dal farmacista, ovvero insistere sull'uso del farmaco "griffato" qualora questo prodotto abbia adottato lo stesso prezzo di riferimento del farmaco generico.

13. 19 - Se in sostituzione del farmaco prescritto dal medico, il farmacista Le consegnasse, di volta in volta, un medicinale con lo stesso principio attivo ma con un nome diverso, in una confezione diversa (colore, dimensioni, colore delle compresse, etc.), ciò Le procurerebbe disagio?



Fonte: Elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età

13.20 - Se sì, quali fra queste difficoltà La preoccupano di più?



Fonte: Elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età