

SENATO DELLA REPUBBLICA

— X LEGISLATURA —

Doc. XXII-bis n. 1

ALLEGATO

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULLA DIGNITÀ E CONDIZIONE SOCIALE DELL'ANZIANO

(istituita con deliberazione 17 marzo 1988)

(composta dai senatori: *De Giuseppe*, Presidente; *Zanella*, *Ranalli*, Vice Presidenti; *Perricone*, *Sirtori*, Segretari; *Azzaretti*, *Bissi* (1), *Cappelli*, *Cassola*, *Condorelli*, *Ferraguti*, *Iannone*, *Lops*, *Manzini*, *Moro*, *Nespolo*, *Ossicini*, *Parisi*, *Perugini*, *Pinto*, *Signorelli*, *Strik Lievers*, *Tedesco Tatò*, *Toth*, *Visca*)

RELAZIONE CONCLUSIVA

Approvata dalla Commissione nella seduta del 27 luglio 1989

Comunicata alla Presidenza il 28 luglio 1989
ai sensi dell'articolo 2 della deliberazione 17 marzo 1988

(1) Fino al 26 luglio 1989.

INDICE

Avvertenza	Pag.	5
I servizi socio-sanitari per l'anziano non autosufficiente di Pierugo Carbonin	»	7
La condizione degli anziani nella società contemporanea di Marcello Cesa-Bianchi	»	39
Esigenze e aspettative degli anziani autosufficienti di Alessandro Franchini	»	53
Effetti economici dell'invecchiamento della popolazione di Beniamino Quintieri	»	65
L'impiego delle risorse nel caso di non autosufficienza dell'an- ziano di Ernesto Veronesi	»	83
Aspetti quantitativi e tendenze evolutive dell'aggregato degli anziani di Ornello Vitali	»	95
L'assistenza agli anziani - Esperienze nazionali a confronto a cura del Servizio Studi del Senato	»	143
Risoluzioni del Parlamento europeo concernenti il problema degli anziani	»	433

AVVERTENZA

Nel presente volume sono pubblicati gli studi che la Commissione ha deliberato di allegare alla Relazione conclusiva. Si tratta anzitutto dei contributi scientifici elaborati dai sei consulenti nominati dall'Ufficio di Presidenza della Commissione: il professor Pierugo Carbonin, docente di geriatria presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore; il professor Marcello Cesa-Bianchi, docente di psicologia presso l'Università statale di Milano; il dottor Alessandro Franchini, direttore del Censis Servizi; il professor Baniamino Quintieri, docente di economia politica presso la Libera Università Internazionale di Studi Sociali di Roma; il professor Ernesto Veronesi, docente di economia sanitaria presso l'Università «Bocconi» di Milano, e il professor Ornello Vitali, docente di statistica economica presso l'Università «La Sapienza» di Roma.

Inoltre la Commissione ha ritenuto opportuno pubblicare anche le due ricerche affidate al Servizio Studi del Senato (Ufficio ricerche nel settore sociale), che sono state curate dal dottor Francesco Marcelli.

I SERVIZI SOCIO-SANITARI PER L'ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE

di Pierugo CARBONIN

INTRODUZIONE

Nell'uso corrente il termine «non autosufficienza» è sinonimo di mancanza di autonomia in senso lato e per le cause più varie; se riferito all'anziano, invece, esso ha assunto un significato ben preciso e circoscritto, essendo riferito alla perdita di indipendenza nei confronti dell'ambiente esterno per una o più menomazioni psico-fisiche. La non autosufficienza è quindi un'entità funzionale, quantificabile in rapporto all'incapacità di svolgere le principali attività inerenti la cura della propria persona, definibili – secondo una terminologia accettata a livello internazionale – come ADL o «activity of daily living» e IADL o «instrumental activity of daily living». Le ADL costituiscono le attività più semplici della vita quotidiana e si dividono in 6 categorie: possibilità di alimentarsi da solo, di controllare gli sfinteri, di spostarsi all'interno della casa, di andare al bagno, di vestirsi e di lavarsi. Le IADL sono azioni più complesse, richiedenti l'impiego di mezzi esterni, ad esempio saper usare il telefono, orientarsi con la segnaletica stradale, salire sui mezzi pubblici, gestire le proprie risorse economiche, ecc. (1). Il grado di non autosufficienza dipende, da un lato, dal numero e dal tipo di attività compromesse e, dall'altro, dall'entità di questa compromissione, cioè dai due fattori che condizionano il fabbisogno assistenziale necessario per ridurre lo stato di dipendenza. Un interessamento delle ADL comporta, in genere, una perdita maggiore di autonomia. È sempre un fattore intrinseco, cioè il danno organico provocato da malattie e/o da traumi, a determinare l'handicap, cui consegue la perdita dell'indipendenza individuale. In via diretta – cioè sulla salute psico-fisica – o indiretta – sul grado di dipendenza – possono poi influire molti fattori estrinseci, appartenenti a tre grandi categorie: la condizione sociale, la situazione economica e il contesto ambientale.

L'invecchiamento è caratterizzato da un progressivo deterioramento dell'omeostasi, cioè del meccanismo di controllo per mezzo del quale viene mantenuto il normale equilibrio dinamico, indispensabile per la vita, tra tutte le funzioni fondamentali dell'organismo. La perdita del controllo omeostatico si identifica con una sempre maggiore fragilità verso tutti quegli elementi esterni – agenti patogeni, squilibri sociali, economici ed ambientali – capaci di interferire negativamente sull'integrità psico-fisica e, quindi, sull'indipendenza individuale. In ultima analisi, si viene ad avere un aumento età-dipendente della prevalenza e della incidenza delle malattie e della non autosufficienza.

L'importanza prevalente dei fattori intrinseci – cioè della componente biologica che è simile in tutti gli individui appartenenti ad una stessa specie –

(1) HUNTLEY J. e COLL.: «Established populations for epidemiologic studies on the elderly» – U. S. Dpt. of Health and human service – 1987. NIH Publ. n. 86.

spiega perchè si osservi una sostanziale uniformità del profilo epidemiologico della non autosufficienza anche in anziani appartenenti a popolazioni diverse per abitudini, usi, costumi ed interferenze ambientali. Le analisi compiute in Italia e in tutte le altre nazioni dove si è verificato il maggior aumento nella durata della vita permettono di rilevare che la prevalenza degli anziani gravemente disabili, coloro con almeno un'attività ADL seriamente compromessa, è sostanzialmente identica: il 10 per cento, di tutti gli ultrasessantacinquenni (2) (3) (4) (5). Identica è anche la prevalenza dei totalmente non autosufficienti: 3,8 per cento di tutti gli ultrasessantacinquenni. Un altro 10 per cento ha un grado di non autosufficienza di più modesta entità.

In Italia, quindi, circa il 20 per cento di tutti gli ultrasessantacinquenni - 1.577.000 persone in base ai dati Istat dell'inizio '88 indicanti in 7.887.214 il numero degli ultrasessantacinquenni - necessita di un qualche tipo di aiuto, formale od informale. Naturalmente i più bisognosi in tal senso sono i gravemente disabili, cioè oltre 700.000 anziani, di cui almeno 300.000 totalmente non autosufficienti. (Questa stima è quasi certamente in difetto, perchè fatta tenendo conto solo degli anziani viventi in comunità e non comprendendo, quindi, quelli già istituzionalizzati).

Al fine di delineare le linee guida programmatiche in questo specifico settore dell'assistenza, occorre tener conto che non esistono prove sicuramente accertate sulla possibilità a più o meno breve termine di contrastare efficacemente le modificazioni regressive legate all'invecchiamento e di annullare così lo stretto legame esistente tra età, incidenza di malattie e non autosufficienza. Tuttavia, alcuni studi longitudinali - soprattutto quello svedese di Goteborg (6) - sembrano indicare un ringiovanimento relativo degli anziani delle ultime generazioni rispetto a quelle precedenti. Risulta anche scientificamente dimostrato che alcuni interventi di tipo preventivo o riabilitativo possono, almeno in certi casi, ridurre gli effetti più gravi delle malattie invalidanti comuni nella vecchiaia (7). Pertanto non pare priva di fondamento l'ipotesi di uno spostamento del rischio di non autosufficienza, oggi molto più elevato dopo i 75 anni, verso un'età ancora più avanzata (8). Se l'ipotesi, applicata su larga scala, dovesse dimostrarsi corretta, dovrebbe anche diminuire in futuro la percentuale di anziani non autosufficienti e, contemporaneamente, aumentare il numero di

(2) Società Italiana di Gerontologia e Geriatria: *«La non autosufficienza dell'anziano: strategie operative e sistema sanitario nazionale a confronto»*. G. Gerontol. 36, 481, 1988.

(3) LABOS: *«Quarta età e non autosufficienza»*. Ed. TER 1988.

(4) Rapporto della Health Care Financing Administration (1986) - citato da Lojacono nello studio indicato nella nota successiva.

(5) LOJACONO G.: *«L'assistenza all'anziano non autosufficiente. Il problema economico. Situazione italiana e internazionale e confronto»*. In CARBONIN P. U., BERNABEI R.: *«La non autosufficienza dell'anziano»*. Vita e Pensiero, in press.

(6) SVANBORG A. e COLL.: *«A cohort comparison of functional ability and mental disorders in two representative samples of 70-year-olds»*. In: *«Modern Aging Research»*, Alan R. Liss Inc., 1985, pg. 405.

(7) RUBENSTEIN L. Z. e COLL.: *«Geriatric Assessment»*. Saunders, Philadelphia, 1987.

(8) SCHNEIDER E. L., BRODY J. A.: *«Aging, natural death, and the compression of morbidity: another view»*. New Engl. J. Med. 309, 854, 1983.

quelli ancora autonomi alla fine della loro vita. Il migliorato andamento epidemiologico porterebbe, come conseguenza immediata, ad una riduzione del fabbisogno assistenziale. In caso contrario, nell'eventualità che l'ipotesi non fosse vera, nei prossimi anni si verificherebbe un continuo aumento della incidenza della non autosufficienza, con conseguente dilatazione del fabbisogno assistenziale e quindi della spesa. Le proiezioni attuariali, infatti, stimano un aumento progressivo della popolazione anziana, ma soprattutto di quella di età più avanzata, dai 75 anni in poi.

In conclusione, la programmazione dei servizi per l'anziano non autosufficiente va fatta da una parte cercando di potenziare il più possibile tutti i sistemi di prevenzione e riabilitazione e, dall'altra, tenendo conto delle proiezioni demografiche ed epidemiologiche, dalle quali si evince che anche soluzioni ottimali per il presente non potranno forse più esserlo in un futuro molto vicino.

È altresì ovvio che, per una programmazione realmente valida, ci si debba basare non solo su questi dati demografici ed epidemiologici ma anche sui risultati più significativi derivanti dalle esperienze già portate a termine in questo specifico settore. Una tale impostazione è legittimata dal confronto tra casistiche omogenee: come è stato precedentemente sottolineato, la prevalenza della non autosufficienza nelle fasce di età avanzata è molto simile in tutte le nazioni occidentali, in alcune delle quali sono già realizzati modelli assistenziali assai promettenti. Quindi non è neppure sostanzialmente diverso in ognuno di questi paesi il fabbisogno assistenziale richiesto per la popolazione anziana.

Appare, quindi, giustificato suddividere in due parti la relazione che la Commissione ci ha incaricato di redigere sull'assistenza all'anziano non autosufficiente. Nella prima verranno descritti i principi che l'Organizzazione Mondiale della Sanità e la letteratura più autorevole indicano come fondamentali per tale assistenza e verranno passate in rassegna le più importanti realizzazioni ottenute con l'applicazione pratica di questi principi. Nella seconda verrà analizzata la situazione italiana, anche alla luce di quanto viene raccomandato dall'O.M.S. e di quanto è stato fatto altrove.

I. - PRINCIPI GENERALI DELL'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA ALL'ANZIANO

La letteratura scientifica internazionale e l'Organizzazione Mondiale della Sanità intendono per assistenza all'anziano - «health care of the elderly» - tutta la serie di interventi sociali e sanitari indispensabili per gli anziani non autosufficienti, parzialmente autosufficienti o ad alto rischio di invalidità. Viene usato frequentemente anche il termine «geriatric care», da tradursi in italiano con quello di «assistenza geriatrica». Quest'ultimo ci sembra anche il più idoneo per eliminare l'equivoco esistito sinora nel nostro Paese, dove da sempre si sono scontrati due indirizzi contrapposti: la tendenza, da un lato, ad attribuire il compito di gestire l'anziano non autosufficiente ai servizi sociali - «assistenza» - o, dall'altro, a quelli sanitari - «geriatria» -. «Assistenza geriatrica», quindi, accomunando le due terminologie, sta ad indicare un intervento integrato, contemporaneamente sanitario e sociale.

Gli scopi prioritari della assistenza geriatrica (A.G.) si possono

identificare in questi tre obiettivi, tra loro interdipendenti (9) (10): facilitare e prolungare il piu' a lungo possibile una vita indipendente nella comunità e, quindi, nella propria abitazione; mantenere ad un livello minimo il numero e la durata di ogni episodio necessario di ricovero ospedaliero; assicurare la miglior qualità di vita possibile agli anziani non autosufficienti indipendentemente dalla loro allocazione.

Per raggiungere tali obiettivi la A.G. si basa su quattro fondamentali principi: *la continuità dell'intervento, l'integrazione dei servizi, l'approccio multidisciplinare associato all'intervento globale e la disponibilità di operatori specifici con un'adeguata formazione professionale.*

1) *Continuità dell'Assistenza Geriatrica.*

Il paziente anziano è affetto con grande frequenza da malattie che quasi mai vanno incontro a completa guarigione e si accompagnano ad un elevato rischio di non autosufficienza, perchè provocano disabilità piu' o meno gravi. A causa della lunga durata delle malattie a carattere cronico-degenerativo, si puo' ottenere una riduzione della non autosufficienza ed un miglioramento della qualità della vita solo con un'assistenza senza soluzioni di continuità. È, pertanto inaccettabile la tesi secondo la quale gli anziani, affetti da queste forme morbose, possano arrivare ad una fase stabilizzata della loro malattia e di conseguenza non abbiano piu' necessità di prestazioni sanitarie specifiche. La sospensione della componente sanitaria dell'intervento, anche lasciando inalterati i provvedimenti di tipo sociale - o viceversa - porta sempre ad un rapido deterioramento e alla perdita dei vantaggi ottenuti in precedenza.

2) *Integrazione tra i servizi.*

La continuità dell'intervento presuppone una piena integrazione tra componente sociale e sanitaria dei servizi ed anche all'interno dai vari servizi mediante i quali si realizza l'A.G..

Spesso le forme morbose acute richiedono un ricovero ospedaliero, dove un trattamento adeguato riesce a prevenire piu' o meno completamente la disabilità e, quindi, il rischio di non autosufficienza. Quando residuano handicap piu' o meno gravi, si impone una serie immediata di interventi sul piano psicologico, su quello socio-economico e sulla situazione del nucleo familiare, verificando le caratteristiche dell'abitazione ed il reddito e quale sia stato l'impatto della avvenuta non autosufficienza sul paziente e sulla famiglia. Di conseguenza molte opzioni assistenziali sono possibili, una volta superata la fase acuta e dimesso il paziente dall'ospedale: puo' essere assistito a domicilio, dando contemporaneamente un aiuto sostanziale alla famiglia su cui grava comunque il maggior carico assistenziale, oppure continuare un trattamento riabilitativo tramite il day hospital o essere istituzionalizzato mediante trasferimento ad una struttura residenziale. In quest'ultimo caso

(9) Organizzazione Mondiale della Sanità: «*Health of the elderly*». WHO, Technical Report Series, 779, 1989.

(10) Segretariato Generale delle Nazioni Unite: «*Question of the elderly and the aged*». 81-00774887E(E), 1983.

l'opzione è imposta dall'impossibilità di un aiuto familiare, ad esempio quando l'anziano vive da solo o con un convivente pure anziano e più o meno disabile. È evidente, però, che la continuità dell'intervento è possibile solo se vi è una completa integrazione tra sociale e sanitario e tra i vari servizi, soprattutto tra ospedale e servizi nel territorio, in modo da rendere possibile *la dimissione programmata* dettata dalla scelta assistenziale più idonea dopo il ricovero. È altresì indispensabile che vi sia una piena integrazione tra le diverse professionalità che esistono all'interno dello stesso servizio, come ad esempio nell'ospedale, dove una precoce individuazione degli anziani a rischio di non autosufficienza è possibile solo con una piena collaborazione tra l'equipe di A.G. e gli operatori delle altre sezioni. In ultima analisi, solo l'integrazione dei servizi impedisce la settorialità e la discontinuità degli interventi che, se scollegati tra loro, perdono gran parte della loro efficacia.

3) *Globalità e multidisciplinarietà dell'Assistenza Geriatrica.*

L'A.G. si basa sul principio della multifattorialità della salute pubblica (11). Numerosi fattori – inerenti la salute fisica e mentale, la condizione sociale ed economica e la situazione ambientale – possono interferire contemporaneamente e con modalità assai diverse da anziano ad anziano sulla sua autonomia. Pertanto, diventa obbligatoria un'indagine su tutte le cause, sociali e sanitarie, che portano alla non autosufficienza nel singolo individuo. Si arriva così a comprendere come una valutazione multidimensionale sia l'unica procedura capace di garantire la scelta dei rimedi più efficaci caso per caso. *L'insieme delle due fasi – accertamento ed intervento – esige un approccio multidisciplinare, reso possibile dalla partecipazione di un gruppo di operatori, che, per la loro differente formazione, permettono l'utilizzazione di tutte le indispensabili competenze nelle discipline statistico-demografiche, psicologiche, sociali ed economiche, facenti parte della Gerontologia e in quelle mediche, facenti parte della Geriatria.* La presenza di un gruppo multidisciplinare è fondamentale per assicurare non solo l'individuazione, ma anche la globalità dell'intervento da erogare contemporaneamente sul versante della prevenzione, della cura e della riabilitazione.

4) *Formazione specifica degli operatori.*

Nel caso del medico geriatra e degli altri operatori esplicitanti la loro attività in servizi esclusivamente geriatrici – l'unità ospedaliera di ricovero, il day hospital geriatrico, l'ospedalizzazione a domicilio, le strutture residenziali a prevalente valenza sanitaria – si richiede una competenza specifica più approfondita, di solito raggiunta tramite corsi di specializzazione di vario livello. Tuttavia anche per gli operatori preposti all'assistenza sia degli anziani, sia del resto della popolazione – come avviene per l'assistenza domiciliare di primo livello che riguarda varie categorie di disabili ed in cui sono coinvolti il medico di base, l'infermiere di distretto, l'assistente sociale,

(11) GRIMLEY EVANS J.: «*Prevention of age-associated loss of autonomy: epidemiological approaches*». J. Chron. Dis. 37, 353, 1984.

i terapisti della riabilitazione, il podologo, l'ausiliare socio-sanitario - è indispensabile una conoscenza degli elementi basilari della Gerontologia e Geriatria, naturalmente in modo più o meno approfondito in rapporto alle singole mansioni. *Data la dimensione ormai assunta dal fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, infatti, la maggior parte degli assistiti a domicilio è costituita da persone anziane.*

La formazione gerontologico-geriatrica deve anche essere finalizzata a favorire una precisa presa di coscienza dei valori dell'uomo, immutabili dalla nascita alla morte, indipendenti dalla sua età e dalle sue condizioni di salute. Questo basilare principio etico costituisce la prima garanzia per una sicura motivazione degli operatori del settore. Nella attuale società, invece, vi è la diffusa tendenza a privilegiare in tutti i campi il giovane o l'adulto ed a trascurare l'anziano, ritenendo che con i primi sia molto più facile avere soddisfazioni professionali rispetto al vecchio, incurabile perchè malato cronico e non autosufficiente. Con quest'ultimo molti pensano si possano ottenere solo risultati negativi e frustrazione. La rimozione collettiva dell'anziano è stata paragonata da alcuni sociologi al razzismo, che hanno perciò definito questo atteggiamento con la parola inglese «ageism». Ageism si dovrebbe tradurre in italiano con il termine, peraltro improponibile, di «vecchismo». Una espressione dell'«ageism» è stata, ad esempio, individuata nel diverso tempo che vien impiegato dai medici americani a visitare i loro pazienti di età superiore o inferiore ai 65 anni. In tutti i casi - sia che si trattasse di medici di famiglia che di specialisti - un tempo più lungo era costantemente speso per la visita dei pazienti più giovani (12). Le difficoltà diagnostiche e di indirizzo terapeutico, comunque maggiori nell'anziano rispetto al giovane, avrebbero, invece, dovuto consigliare quei medici a dedicare un'attenzione particolare ai loro pazienti più anziani. Risultati molto differenti si sono ottenuti negli studenti di medicina prima e dopo un periodo di training in una struttura che ricoverava anziani con un elevato grado di non autosufficienza: quando lo studente si rendeva conto delle problematiche - anche di quelle sul piano umano - dell'anziano ed aveva così modo di motivarsi, il rendimento professionale nei confronti di questi pazienti aumentava nettamente (13). L'avere a disposizione operatori professionalmente preparati e motivati è, quindi, elemento irrinunciabile per assicurare l'efficacia e l'efficienza dei servizi. In caso contrario, infatti, il costo assistenziale aumenta enormemente e la qualità dell'intervento risulta scadente (14).

Un discorso a parte merita la formazione di quanti, pur non essendo operatori specifici incaricati del supporto formale, svolgono un ruolo di grande importanza nell'assistenza all'anziano: i familiari ed il volontariato. Anch'essi debbono essere educati al valore ed alla dignità dell'anziano, alla consapevolezza dei notevoli risultati che si possono raggiungere con l'A.G. ed alla importanza del loro contributo, senza il quale gli sforzi compiuti dall'organizzazione pubblica sono destinati a quasi certo fallimento. Solo in questo modo può crearsi una piena integrazione tra supporto formale ed

(12) KELLER A. B. e COLL.: «Effect of patient age on duration of medical encounter with physicians». Med. Care 20, 1101, 1982.

(13) WOOLLISCROFT J. O. e COLL.: «Medical education in facilities for the elderly». JAMA 252, 3382, 1984.

(14) BLONEY D. R., HOBSON C. J.: «Cost effective nursing practice: guidelines for nurse managers». Lippincott, Philadelphia, 1988.

informale nella rete dei servizi. È abbastanza ovvio che all'organizzazione pubblica spetti di incentivare, oltre che sul piano educativo anche su quello degli aiuti concreti, lo sforzo delle famiglie e del volontariato.

Il modello organizzativo.

L'A.G. nasce in Inghilterra come progetto negli anni '40 e diventa parte integrante e fondamentale del Department of Health and Social Service (D.H.S.S.) dal momento dell'istituzione di quest'ultimo. I principi, su cui essa si basò sin dall'inizio furono l'approccio multidisciplinare - garanzia di una valutazione multidimensionale e di un intervento globale - l'integrazione dei servizi e la formazione specifica degli operatori (15) (16). Il tutto legato ad un'ampia flessibilità nella realizzazione, a livello del distretto, di queste linee generali di programmazione. Nel D.H.S.S. esiste una tipologia ormai consolidata dei servizi, che realizzano la A.G. e che sono rappresentati da:

la divisione ospedaliera per acuti di geriatria, espressamente strutturata per curare anziani a rischio di non autosufficienza e dove, assieme alla componente medica, collaborano gli infermieri geriatrici ed i terapisti della riabilitazione, tra cui ha particolare importanza il terapeuta occupazionale, cioè una figura a valenza mista sociale e sanitaria con il compito di garantire l'opzione assistenziale migliore dopo il ricovero. La divisione di geriatria, pur con un'ampia variabilità di realizzazione e nel rispetto dell'abolizione delle barriere architettoniche, è strutturata in modo da disporre di tutti gli indispensabili ausili motori e di spazi per la fisioterapia e la terapia occupazionale;

l'assistenza domiciliare, che è il servizio di primo livello per tutti i cittadini - anziani e non - imperniato sugli operatori sociali e sull'infermiere di distretto con la possibilità di utilizzare il medico generalista ed i vari servizi specialistici sanitari del territorio, compreso il podologo. L'équipe di assistenza domiciliare, se lo ritiene opportuno, può consultare il geriatra dell'ospedale al domicilio del paziente;

Il day hospital geriatrico, che è un servizio prevalentemente riabilitativo, riservato agli anziani del territorio ed ha in organico terapisti della riabilitazione e il medico generalista con la supervisione del geriatra dell'ospedale; è parte integrante del day hospital il servizio sociale di trasporto del paziente dalla propria casa;

le residenze per anziani, suddivise in tre categorie principali: la «sheltered house» o casa protetta, caratterizzata da complessi per lo più a miniappartamenti con un servizio di vigilanza, per anziani con assenza o grado lieve di non autosufficienza, di età tra i 65 e i 75 anni; la «old people home» o casa per anziani, che ricovera anziani con medio grado di non autosufficienza, capaci ancora di muoversi, ma non richiedenti assistenza sanitaria continua e di età media superiore ai 75 anni; il reparto di lungodegenza ospedaliera e la «nursing home» per anziani non autosufficienti e richiedenti assistenza sanitaria continua, con gravi deficit di motilità e di

(15) WARREN M. W.: «Care of the chronic aged sick». The Lancet I, 841, 1946.

(16) THOMSON A. P.: «Problems of ageing and chronic sickness». Brit. J. Med. 1, 300, 1949.

età media superiore agli 80 anni. Vi è la tendenza a ridurre i reparti di lungodegenza ospedaliera, ricorrendo invece alla «nursing home» per lo più a conduzione privata, perchè quest'ultima, se strutturata in modo adeguato, può consentire una qualità di vita molto migliore di quella in reparti ospedalieri. I criteri costruttivi della «nursing home», infatti, sono molto diversi da quelli dell'ospedale, essendo basati sulla contemporanza presenza di spazi per le attività sanitarie e per la socializzazione, in modo da favorire il più possibile una vita attiva dei ricoverati. La «nursing home» ha un organico formato prevalentemente da infermieri e terapisti della riabilitazione, con uno scarsissimo numero di medici.

I risultati raggiunti con questa rete integrata di servizi si possono così sintetizzare (17):

L'Inghilterra è la nazione che ha il minor numero di anziani istituzionalizzati e, quindi, ha raggiunto più di tutti gli altri paesi l'obiettivo di tener il più a lungo possibile gli anziani a casa propria;

la spesa pro capite per l'assistenza sanitaria è più bassa di quella dell'Italia, pur avendo l'Inghilterra un numero molto maggiore di operatori socio-sanitari non medici. Questo risultato è spiegato da un maggior ricorso a servizi con miglior rapporto costo/beneficio dell'ospedale: la spesa per l'assistenza domiciliare e quella per il ricovero in una «nursing home» sono in media, rispettivamente, 1/3 e 2/3 di quella per l'ospedale.

Altre nazioni, come i Paesi Scandinavi e il Belgio, hanno adottato o stanno adottando su scala nazionale un modello molto simile a quello inglese. Per molti anni, però, è rimasto in dubbio se l'A.G., così come era attuata dal DHSS inglese, avesse vantaggi oltre che sul piano economico organizzativo e dell'assistenza sociale, anche su quello sanitario. Fino a non molto tempo fa, infatti, la medicina «tradizionale» aveva considerato come obiettivo prioritario e maggiormente gratificante la guarigione dalla malattia, attribuendo perciò un interesse marginale alle problematiche inerenti la qualità della vita dei pazienti inguaribili, come l'anziano non autosufficiente e il malato di cancro. Emblematica al riguardo è stata la posizione assolutamente negativa tenuta nei confronti della Geriatria dalle autorità accademiche e sanitarie degli Stati Uniti, che fino all'inizio degli anni '80 negavano alla disciplina una sua specificità nell'ambito delle varie specialità mediche. Il problema, infatti, era visto ancora esclusivamente in funzione del rapporto diagnosi-terapia-guarigione della malattia: non esistendo malattie specifiche della vecchiaia, si sosteneva che la Geriatria non era una specialità. Nel frattempo l'oncologia, dopo gli incerti passi iniziali - dato il grande scetticismo con cui era circondata dalla medicina ufficiale degli anni '50 -, aveva ottenuto sempre maggiori consensi, tanto da divenire una specialità insostituibile e presente come servizio in gran parte degli ospedali di tutto il mondo. Contemporaneamente ai successi dell'oncologia, si assisteva all'esplosione del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione con relativa continua lievitazione dei costi assistenziali. Le autorità sanitarie statunitensi furono così costrette a rivedere la loro posizione nei riguardi della Geriatria. Lo spirito pragmatico, tipico di quel Paese, spinse ad un approccio conoscitivo del problema, per cui il National Institute of Health

(17) IMPALLOMENI M. «Lo sviluppo dei servizi sanitari per l'anziano in Inghilterra». In CARBONIN P. U, BERNABEI R: «La non autosufficienza dell'anziano» Vita e Pensiero, in corso di stampa.

cominciò a finanziare ricerche sull'invecchiamento e sull'efficacia ed efficienza dei modelli assistenziali già sperimentati altrove. Studi clinici controllati furono così progettati per verificare gli eventuali vantaggi dell'approccio geriatrico multidisciplinare, della valutazione multidimensionale e dell'intervento globale rispetto al trattamento ospedaliero tradizionale. I risultati ottenuti in pazienti ricoverati di età superiore agli 80 anni, dimostrarono che:

1) la mortalità veniva ridotta del 50 per cento in casi selezionati controllati per un anno;

2) la morbidità, sempre in casi selezionati, risultava ugualmente ridotta, tanto che era significativamente diminuito il numero di pazienti che dovevano essere trasferiti ad una «nursing home» e, per converso, era più alto il numero di pazienti che potevano tornare e restare a casa propria dopo la dimissione;

3) per questi pazienti selezionati, il costo globale dell'assistenza calcolata pro-capite, per numero di interventi e per anno veniva ridotto da 27.826 a 22.597 dollari (valore 1983), cioè del 20 per cento (18).

Altri studi (19) hanno anche permesso di stratificare gli anziani in tre categorie in base alla risposta terapeutica e al fabbisogno assistenziale: un primo gruppo (all'incirca il 50 per cento di tutti gli ultrasessantacinquenni ospedalizzati) ottiene un miglioramento in termini di mortalità e morbidità già con il ricovero nei reparti non geriatrici; un secondo gruppo (circa il 10 per cento) ottiene un miglioramento in termini di mortalità e morbidità solo in reparti di geriatria, dove la valutazione multidimensionale e il successivo intervento globale e continuativo sono attuati da un'équipe multidisciplinare; un terzo gruppo (circa il 40 per cento), costituito da malati terminali e con disabilità totale riceve un vantaggio dall'intervento dell'équipe multidisciplinare geriatrica solo in termini di qualità di vita, ma non di morbidità e mortalità. Quindi l'A.G. non è necessaria per tutti gli anziani, ma solo per quelli a rischio di non autosufficienza o non autosufficienti e, comunque, portatori di patologie multiple e complesse. Per tutti questi ultimi è indispensabile che la valutazione iniziale e il successivo intervento siano attuati dalla stessa équipe multidisciplinare geriatrica. Nel caso, infatti, in cui l'attività dell'équipe geriatrica era limitata alla sola consulenza valutativa non furono osservati benefici apprezzabili (20).

Come conseguenza immediata di questi risultati apparve priva di fondamento la convinzione molto diffusa secondo la quale il vecchio malato, cronico e non autosufficiente è un paziente irrecuperabile. Quella convinzione derivava dal tipo di assistenza prestata in reparti ospedalieri tradizionali che, organizzati secondo schemi rigidi, venivano ad essere una delle prime cause del deterioramento delle condizioni generali di questi pazienti (21). Inoltre si comprese che, per avere un vantaggio per tutta la comunità, era

(18) RUBENSTEIN L. Z. e COLL.: «*Effectiveness of a geriatric evaluation unit*». New Engl. J. Med. 311, 1664, 1984.

(19) RUBENSTEIN L. Z. e COLL.: «*Improved survival for frail elderly inpatients on a geriatric evaluation unit (GEU): who benefits?*». J. Clin. Epidemiol. 41, 441, 1988.

(20) McVEY L. J. e COLL.: «*Effect of a geriatric consultation team on functional status of elderly hospitalized patients*». Ann. Int. Med. 110, 79, 1989.

(21) MILLER A.: «*A study of the dependency of elderly patients in wards using different methods of nursing care*». Age Ageing 14, 132, 1985.

indispensabile trasferire al territorio la stessa metodologia sperimentata in ospedale, in modo da attuare su larga scala la prevenzione della non autosufficienza dell'anziano, eliminando tempestivamente tutti i fattori psico-fisici, economico-sociali ed ambientali che ne sono alla base. Queste conclusioni, scaturite dal rapporto di diverse Commissioni del Congresso degli Stati Uniti (22), erano finalmente in accordo con quello dell'O.M.S. che ha sempre sostenuto la necessità da un lato di individualizzare gli interventi per prevenire efficacemente la non autosufficienza dell'anziano e, dall'altro, di evitare gli errori legati all'erogazione a pioggia dei provvedimenti assistenziali.

Secondo l'O.M.S. l'intervento coordinato, anche se comporta all'inizio una spesa maggiore per la necessità di utilizzare un numero più elevato di operatori e di infrastrutture, è un investimento prezioso a medio e a lungo termine, perchè permette un risparmio di spesa ed un miglioramento qualitativo delle prestazioni, consentendo di ridurre ad un valore minimo la percentuale di anziani da istituzionalizzare (v. nota 9).

«L'aver capito che l'ottimizzazione dell'assistenza all'anziano dipende dalla valutazione multidimensionale e dal successivo intervento globale, strettamente individualizzato, è stata una conquista almeno pari a quella del trapianto cardiaco». Questa affermazione di Rosalie Kane (23), una delle maggiori autorità statunitensi in gerontologia sociale, sembra sancire la fine della lunga diatriba tra operatori del sociale e medici su chi avesse il compito prevalente dell'assistenza all'anziano. Infatti, assistenti sociali e medici, così come gli infermieri professionali e i terapisti della riabilitazione devono lavorare insieme a costituire un gruppo multidisciplinare, definito, secondo una terminologia ormai accettata a livello internazionale, col termine di *Unità Valutativa Geriatrica*. La conclusione di un Convegno, svoltosi in Svezia nel 1987 sulla valutazione multidimensionale in Geriatria è tutta improntata a sviluppare il concetto della cooperazione tra le varie competenze professionali: «perchè un gruppo multidisciplinare risulti efficace, tutti i membri debbono accettare che nessuno ha tutte le risposte per tutte le domande, dato che tutti in qualche modo dipendono dalla cultura e dalla competenza degli altri. Tutto quel che si ricava dall'insieme è più grande della semplice somma delle parti». In quel Convegno si stabilì anche che, per sottolineare la necessità di cooperazione, fosse preferibile usare l'aggettivo interdisciplinare al posto di multidisciplinare.

Accettare questi principi significa dar vita ad una nuova cultura della medicina - e di tutta l'assistenza in generale -, cultura che ha come base fondamentale la qualità della vita ancor prima della guarigione dalla malattia. Si tratta, in ultima analisi, di creare nuove figure professionali, capaci di gestire, assieme ai problemi sanitari, quelli sociali, economici ed ambientali.

Il punto di partenza deve essere quindi la formazione del personale. La risposta delle autorità sanitarie degli Stati Uniti alle conclusioni delle succitate Commissioni del Congresso è stata immediata e si vedono già dei risultati così sentetizzabili:

1) ormai tutte le facoltà mediche americane risultano consociate con

(22) Report of the Institute of Medicine: «*Academic geriatrics for the year 2000*». J. Am. Ger. Soc. 35, 773, 1987.

(23) KANE R.: «*Advantages of linking social and medical care for the old: learning from canadian and U. S. experience*». In CARBONIN P. U., BERNABEI R.: «*La non autosufficienza dell'anziano*». Vita e Pensiero, in corso di stampa.

una «nursing home»: sono così sorte le «teaching nursing home», le uniche strutture che permettono di avere a disposizione un materiale umano - l'anziano non autosufficiente - insostituibile per fare didattica e ricerca in Geriatria;

2) è stata creata nel 1987, la «Certification in Geriatrics», equivalente alla nostra specializzazione in Geriatria, prima non esistente, e nel programma per il medico di medicina generale pubblicato nel 1988 dal Board of Internal Medicine, la Geriatria è stata inserita come uno dei 10 obiettivi didattici fondamentali;

3) è stato dato l'avvio ad un potenziamento del corpo docente in questo settore di insegnamento, calcolando un fabbisogno di 2.500 docenti in Gerontologia e Geriatria di tutte le università statunitensi, obiettivo da raggiungersi entro il 2000;

4) è stato stabilito di incentivare con mezzi finanziari la creazione di centri pilota di insegnamento, basati sulla interdisciplinarietà dipartimentale, stabilendo che il Dipartimento Gerontologico-Geriatico deve essere formato da docenti esperti in tutte le discipline interessate nel settore, dalle scienze di base fino alla sociologia, psicologia, demografia, epidemiologia, medicina generale e specialistica, economia. La Gerontologia-Geriatria, infatti, è una tipica specializzazione a carattere orizzontale che necessita, per il suo sviluppo, della convergenza di tutte le competenze riguardanti i vari aspetti - fisiologici, patologici e sociali - dell'invecchiamento.

II. - LA REALTÀ ITALIANA

Un servizio può considerarsi rispondente allo scopo quando gli indicatori di efficacia e di efficienza - una volta analizzati - permettono di evidenziare risultati soddisfacenti in base a standard prefissati. Un'analisi orientata in tal senso per la A.G. presenta problemi metodologici non semplici. Il campione da esaminare, infatti, risulta essere estremamente diversificato per una gamma infinita di gradi di autonomia psico-fisica e socioeconomica osservabili a livello individuale. Ciò porta, da un lato, ad una grande variabilità del fabbisogno e degli interventi necessari a soddisfarlo e, dall'altro, ad una notevole difficoltà nella valutazione complessiva del carico assistenziale e, poi, dei risultati ottenuti. La difficoltà ulteriormente si accentua quando si voglia aggiungere allo studio degli indicatori di più facile misurazione - mortalità, mobilità, tasso e durata di istituzionalizzazione - l'analisi di parametri più sfumati, quali quelli connessi con la qualità della vita. A ciò si deve aggiungere che le indagini sinora svolte impiegano quasi sempre metodologie diverse per la definizione e la rilevazione della non autosufficienza. Risulta, quindi, abbastanza problematico sia comparare tra loro i risultati ottenuti da ricercatori diversi sia trarre da questi risultati conclusioni generalmente valide.

Esistono, infine, difficoltà legate esclusivamente alla realtà italiana, derivanti dalla scarsità e frammentarietà delle indagini svolte sul controllo di qualità dei servizi.

Pertanto si è obbligati ad utilizzare esclusivamente quei pochi elementi generali, che, seppur desunti da fonti diverse, dimostrano di possedere una omogeneità sufficiente da permettere almeno una valutazione di massima dei due più importanti indicatori di efficacia, il tasso di utilizzazione dei servizi e la qualità della prestazione erogata.

Arrivare ad una stima del tasso di utilizzazione è abbastanza facile quando si posseggono i dati sul numero degli assistiti e su quello degli assistibili, desumibile quest'ultimo dai valori di prevalenza della non autosufficienza.

Per una definizione del secondo punto, essendo impossibile avere dati diretti sulla qualità della assistenza erogata, ci si può basare su elementi indiretti, deducibili dalla tipologia dei servizi che si ricava dal loro livello di integrazione, dal numero di operatori impiegati, dalle figure professionali che vi concorrono, dalla disponibilità di attrezzature e dal rispetto dei criteri architettonici. È abbastanza ovvio, infatti, supporre che ad una tipologia dei servizi rispondente ai criteri del modello di A.G. descritto nella parte prima, corrisponda una prestazione qualitativamente soddisfacente, o viceversa.

Tra i vari servizi propri dell'A.G., descritti in precedenza, verranno presi in considerazione soltanto l'assistenza domiciliare, le strutture residenziali per anziani e l'ospedale per acuti, essendo gli unici presenti – seppur non in modo uniforme – su tutto il territorio nazionale. Non verrà, invece, fatta menzione del *day hospital* e dell'ospedalizzazione a domicilio, trattandosi di realizzazioni isolate, seppur sperimentate in modo molto promettente in alcune regioni italiane.

Assistenza domiciliare

Il tasso di utilizzazione, secondo uno studio del Ministero dell'interno risalente al 1982-83 (24), risulta essere in media dello 0,63 per cento, con una lieve prevalenza del Nord (0,94 per cento) rispetto al Centro (0,45 per cento) e al Sud (0,5 per cento). La situazione non è molto cambiata negli anni seguenti, come dimostrano dati successivi dell'Istat – sempre per tutte le categorie –, che danno un tasso di utilizzazione dell'1 per cento (25). Questi risultati trovano una conferma nella ricerca promossa dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (citata nella nota 2), che è stata realizzata mediante un'inchiesta tra i geriatri di gran parte delle regioni italiane, fatta eccezione per la Sardegna, la Valle D'Aosta, la Basilicata, l'Alto Adige, il Molise e la Calabria. Tale ricerca riporta un tasso di utilizzazione inferiore all'1 per cento nel 95 per cento dei comuni indagati. In alcune regioni il tasso di utilizzazione è un poco più alto, risultando ad esempio in Lombardia del 2,1 per cento rispetto a tutti gli ultrasessantacinquenni. Si tratta, comunque, anche in quest'ultimo caso di un tasso di utilizzazione estremamente basso, se, da un lato, si fa un paragone con i dati internazionali (tabella 1 e 2) e, dall'altro, si tiene conto dei risultati di indagini italiane, dimostranti che almeno il 15 per cento degli ultrasessantacinquenni necessita di una qualche forma di assistenza domiciliare. Pertanto, dagli elementi in nostro possesso risulta che in Italia la percentuale dei fruitori di assistenza

(24) Ministero dell'interno, Direzione Generale dei Servizi Civili «*I servizi di assistenza domiciliare*», Roma 1984.

Il tasso di utilizzazione è riferito a tutti gli assistiti, cioè anziani, altri disabili eccetera. Pertanto la percentuale di anziani assistiti è sicuramente inferiore rispetto ai valori riportati. Secondo la pubblicazione del Ministero dell'interno, nei casi in cui le Regioni avevano risposto completamente alle risposte del formulario loro sottoposto (34%), gli anziani assistiti sono stati il 73,87% del totale.

(25) Istituto Centrale di Statistica, Associazione Italiana di Sociologia: «*Immagine della Società Italiana*», Roma 1988.

domiciliare - variabile a seconda delle indagini da meno dello 0,5 per cento al 2,1 per cento - è una frazione irrisoria della globalità degli utenti potenziali, in gran parte aventi disabilità parziali e, perciò, ancora teoricamente recuperabili. Si può, quindi, concludere *che la prevenzione del rischio di non autosufficienza dell'anziano nel territorio sia praticamente inesistente*.

Tra le cause principali di un tasso di utilizzazione dell'assistenza domiciliare così basso, si può identificare prima di tutto la scarsità dei finanziamenti. In Lombardia, ad esempio, il costo medio per utente anziano è di 727.000 (ente locale) + 319.000 (regione) contro i 6.915.000 + 1.717.000 per utente nido e 9.500.000 + 2.800.000 per utente handicappato giovane-adulto (26). Il mancato aumento, sempre in Lombardia, dei finanziamenti per gli anziani nell'ultimo periodo ha determinato una decisa inversione di tendenza dell'assistenza domiciliare con una riduzione sia della quantità che della qualità delle prestazioni. Strettamente collegato con il problema del finanziamento è il basso rapporto tra operatori - soprattutto quelli sul versante sanitario - e numero di assistiti: sempre dalla pubblicazione del Ministero dell'interno si ricava che su 31.394 assistiti - tutte le categorie - gli operatori impiegati sono stati 2.364, cioè uno ogni 13 assistiti e, in particolare, con un rapporto di 1:370 per gli infermieri, che sono risultati essere in tutto 85.

Dai dati che si evincono dall'indagine del Labos citata nella nota 3, dove è indicato come esempio di buon funzionamento quello dell'assistenza domiciliare della USL n. 6 del Friuli, il rapporto operatori: assistiti è lì di 1:45 per tutti gli operatori e di 1:91 per gli infermieri. Da notare che la situazione della USL n. 6 risulta essere ottimale rispetto a tutto il Friuli, dove l'assistenza domiciliare viene dichiarata assolutamente insoddisfacente in una pubblicazione della stessa Regione del 1988. In un confronto con dati stranieri, si osserva che la consistenza degli infermieri professionali della USL n. 6 friulana è già di molto inferiore (1:800 contro 1:398 ultrasessantacinquenni) a quella di una regione alpina tedesca, la Baviera (27). In base alla tabella n. 1, che riporta i dati di due distretti inglesi campione, il confronto con la situazione italiana (tabella 2) è addirittura improponibile, risultando colà un rapporto di 1:13 per tutti gli operatori e di 1:21 o 1:25 per gli infermieri professionali.

Oltre all'esiguità dei finanziamenti e alla carenza di personale, occorre tener conto che il basso tasso di utilizzazione del servizio dipende anche dalla disfunzione nel meccanismo domanda/offerta, cioè dal livello di informazione. Secondo lo studio del Labos, nella maggioranza dei casi gli anziani hanno potuto godere dell'assistenza perchè ne sono venuti a conoscenza attraverso canali informali e solo in una minima percentuale mediante fonti pubbliche (5,3 per cento stampa, televisione, radio) o istituzionali (11,1 per cento). Risultati analoghi sono stati ottenuti in precedenza (28).

La disinformazione è imputabile anche al mancato scambio di notizie tra gli enti deputati all'assistenza domiciliare e gli altri servizi, essendo la prima

(26) V. in ARGE ALP (Comunità delle Regioni Alpine), *«L'assistenza agli anziani non autosufficienti»*, il capitolo sulla Lombardia. Trento, 1988, pg. 75.

(27) *Ibidem*, pg. 43.

(28) CARBONIN P. U. e COLL.: *«Lo studio delle persone anziane e la loro partecipazione come presupposto per interventi specifici per la terza età»*. Medicina e Morale 20, 291, 1981.

in oltre l'80 per cento dei casi totalmente sganciata dai secondi. Pertanto gli operatori di strutture sanitarie, come l'ospedale, non sono quasi mai sufficientemente informati sui canali d'accesso alla assistenza domiciliare, erogata dal servizio sociale del Comune e non dalla U.S.L. Nel già citato studio della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria i primari di geriatria hanno dichiarato di non essere a conoscenza dei criteri di ammissione all'assistenza domiciliare del proprio comune nel 64 per cento dei casi.

La scarsità di terapisti della riabilitazione (meno dell'1 per cento del totale degli operatori), la mancanza nel 58 per cento dei casi di personale infermieristico nell'*équipe* assistenziale (solo nel 36 per cento dei casi si trovano infermieri professionali), la mancanza di normative precise sulla tipologia degli operatori in oltre il 50 per cento dei casi, la rarità di corsi di aggiornamento per gli operatori sono tutti elementi che permettono di concludere che *l'assistenza domiciliare, così come è organizzata in gran parte delle regioni italiane, costituisce un servizio con prestazioni assolutamente insufficienti anche sul piano qualitativo.*

Medicina di Base

È il servizio cui si rivolge nel modo più massiccio il cittadino italiano, ma soprattutto l'anziano. In base agli ultimi dati Istat (29) risulta che il numero di visite mediche annue è di 45,2 per cento abitanti; rapporto che aumenta a 77,8 nella fascia d'età tra 65 e 74 anni e a 91,7 per quella dopo i 75 anni. Accanto ad un ricorso così ampio al medico di base sta un numero molto elevato di prescrizioni farmaceutiche - l'81 per cento degli ultrasessantacinquenni e l'89,6 per cento degli ultrasessantacinquenni contro il 45,4 per cento del totale della popolazione prende farmaci - e degli accertamenti diagnostici: 39,1 per cento per gli ultrasessantacinquenni, 28,9 per cento per gli ultrasessantacinquenni e 19,9 per cento per tutte le età.

L'elevata domanda di medicina di base è inversamente proporzionale al tasso di utilizzazione dell'assistenza domiciliare. In una pubblicazione dell'OMS (30), dove sono riportati i dati relativi ad undici nazioni, tra cui l'Italia (Firenze), risulta che laddove esiste un efficace sistema di assistenza domiciliare, vi è un contenuto ricorso al medico di base. Ad un basso tasso di utilizzazione dell'assistenza domiciliare corrisponde, invece, un numero molto elevato di interventi del medico di famiglia. Firenze è risultata essere tra le 11 nazioni la zona col massimo tasso di utilizzazione del medico di base e con quello tra i più bassi di assistenza domiciliare. Se è tale la situazione di Firenze, sede di due cattedre universitarie molto efficienti di gerontologia e geriatria e di ottimi servizi ospedalieri geriatrici sia per acuti che per riabilitazione, si può ben immaginare quale può essere la situazione in molte altre zone d'Italia!

(29) Istituto Centrale di Statistica (Servizio Ricerche Sociali ed Ambientali): «*Considerazioni sulla condizione degli anziani in Italia*». (1988).

(30) HEIKKINEN E. e COLL.: «*The elderly in eleven countries*». W.H.O. Public Health in Europe n. 21, 1983.

Ospedale per acuti

Il tasso di utilizzazione risulta molto elevato: in base allo studio dell'Istat citato da ultimo, la percentuale delle giornate di degenza consumate dagli ultrasessantacinquenni è superiore al 30 per cento del totale, cioè più del doppio della percentuale propria di questa fascia d'età nell'ambito della popolazione totale (13,7 per cento). Il fenomeno è generalizzato, in quanto si verifica in tutte le nazioni ed è strettamente collegato al continuo aumento del numero degli anziani e, quindi, della morbidità età-dipendente. Uno studio del 1986 dimostra una situazione analoga anche per l'Italia, in quanto il numero dei ricoveri ospedalieri dal 1976 al 1983 è diminuito del 5 per cento per i soggetti sotto i 60 anni ed è aumentato rispettivamente, del 7 per cento, del 27 per cento e del 103 per cento per le fasce d'età tra 60-69, 70-79 e sopra 79 anni (31).

Queste rilevazioni statistiche contrastano con l'opinione diffusa nella nostra società, secondo la quale la maggioranza dei ricoveri ospedalieri degli anziani è legata a problematiche di ordine sociale e non a motivi sanitari. È divenuto luogo comune, ad esempio, pensare che l'anziano, soprattutto in alcuni periodi dell'anno, venga «parcheggiato» dai familiari in ospedale. In realtà, le indagini sinora eseguite in tal senso dimostrano che quasi tutti i ricoveri ospedalieri degli anziani risultano ampiamente motivati da una o, più spesso, da più condizioni patologiche importanti.

Un'indagine recente (32) fatta su quasi 11.000 ricoveri in divisioni di medicina o di geriatria, appartenenti ad ospedali distribuiti in tutto il territorio nazionale - fatta eccezione per Trentino-Alto adige, Valle D'Aosta, Calabria, Basilicata e Sardegna - dimostra che i *ricoveri congrui* (cioè quelli dovuti ad una patologia importante richiedente l'ospedalizzazione) aumenta con l'età, mentre i *ricoveri impropri* (patologia rilevante ma meglio curabile in servizi extraospedalieri) ed *incongrui* - patologia di scarsa rilevanza associata a richieste di assistenza di tipo sociale - diminuiscono con l'aumentare dell'età (Tabella 3). Essendo anche i ricoveri impropri legati ad una patologia importante, risulta che per oltre il 90 per cento dei soggetti sopra i 60 anni esiste una precisa motivazione sanitaria alla base della richiesta di ricovero. L'elevato numero di ricoveri impropri è, semmai, espressione di una carenza dei servizi extraospedalieri, per cui il cittadino malato, quando ha necessità di interventi particolari - diagnostici, riabilitativi oppure curativi in situazioni particolari come quella del malato terminale - è costretto a rivolgersi all'ospedale, mancando, ad esempio, l'ospedalizzazione a domicilio.

La durata della degenza tende a diminuire anche per gli anziani, mentre aumenta il numero dei ricoveri in un anno: dai dati della Regione Lombardia (33) si può osservare che il tasso di ricoveri per 1000 ultrasessantacinquenni è aumentato dal '76 al 1983 del 16 per cento, contro una riduzione sempre del 16 per cento della durata di degenza media. Ciò sta

(31) COCCHI A. e COLL.: «*The autopsy rate in younger and older hospitalized patients*». Europ. J. Pharm. 2, 151. 1986.

(32) Gruppo di studio sulla farmacovigilanza dell'anziano della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (dati preliminari, non pubblicati).

(33) In ARGE ALP, op., cit.

ad indicare un ricorso sempre più massiccio all'ospedale, ma fa anche supporre che sia contemporaneamente aumentato il numero dei ricoveri *pro capite* per anno. Questa ipotesi è confermata dallo studio coordinato da Hanau (34), che ha anche dimostrato che i ricoveri multipli, oltre ad essere prevalentemente a carico di anziani cronici, avvengono per lo più in ospedali diversi.

Negli anziani ricoverati aumenta il numero di malattie associate e di complicanze. Inoltre la percentuale di gravemente disabili è più alta (oltre il 30 per cento) negli anziani ospedalizzati (35) rispetto a quella della popolazione totale che, come si è già visto, è del 10 per cento. Quindi il rischio di non autosufficienza totale, molto più alto in ospedale per la presenza di forme morbose acute gravi, imporrebbe un servizio ospedaliero di A.G. adatto a ridurre tale rischio, in modo da favorire il ritorno al proprio domicilio del maggior numero possibile di anziani dopo la loro dimissione dall'ospedale.

La stratificazione dei ricoveri in base alla loro tipologia è alquanto diversa nel Sud rispetto al Centro e al Nord (tabella 4). Infatti al Sud è più elevata la percentuale di ricoveri congrui e più bassa quella degli impropri. Se a ciò si aggiunge che il Sud si distingue per una netta riduzione della mortalità intraospedaliera (tabella 5), risulta molto probabile che queste differenze siano da riferirsi alla tradizione ancora molto radicata al Sud di assistere in famiglia il proprio congiunto morente.

Se si analizza la tipologia dei ricoveri in due periodi di osservazione diversi, si vede che la frequenza dei ricoveri incongrui - cioè quelli dovuti a cause prevalentemente non sanitarie - è più alta (+ 2-3 per cento) in maggio-giugno che in novembre-dicembre in tutte le classi d'età, ma rimane sempre più elevata nelle classi d'età giovani: sopra gli 80 anni la prevalenza dei ricoveri incongrui è inferiore del 40 per cento (maggio-giugno) e del 45 per cento (novembre-dicembre) rispetto a quella dei soggetti sotto i 50 anni (tabella 6). In conclusione, ci sembra che esistano dati più che sufficienti per affermare che l'anziano o i suoi familiari o, per loro, il medico di base si rivolgono pressochè sempre all'ospedale per ragioni sanitarie più che fondate.

È, pertanto, opportuno analizzare se l'ospedale italiano è attrezzato per questo scopo, tenendo conto che i reparti ospedalieri tradizionali - cioè quelli dove più frequentemente sono ricoverati gli anziani a rischio - costituiscono una delle cause più importanti del loro deterioramento.

Le divisioni di geriatria (tabella 7) su tutto il territorio nazionale sono 134, con un quoziente posto letto/1000 ultrasessantacinquenni di 0,8; il che equivale ad un quoziente dello 0.1 per mille abitanti. In Inghilterra tale quoziente è mediamente superiore a 5 : 1000 ultrasessantacinquenni; malgrado ciò, esso viene ancora calcolato insufficiente dalla British Geriatric Society, che considera quoziente ottimale quello di 10 posti letto geriatrici per 1000 ultrasessantacinquenni (36). La distribuzione delle divisioni di

(34) HANAU C. e COLL.: «Fattori sanitari sociali ed economici influenti sulla spedalizzazione». Studi e Ricerche del Dipartimento di Economia Politica dell'Università di Modena, n. 44, 1988.

(35) Dato desunto dalla citata indagine del Gruppo di studio sulla farmacovigilanza dell'anziano della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria.

(36) British Geriatric Society: «Provision of services by departments of geriatric medicine». Documento del 1988.

geriatria è estremamente difforme: da regioni con un numero di posti letto geriatrici trascurabili (Toscana, Marche, Umbria, Molise ecc.) si arriva al Veneto che ne ha circa 3 per mille ultrasessantacinquenni (tabella 7). Questo dato non solo testimonia il mancato adeguamento delle regioni alla legge n. 595 del 1985 – ribadita dal Decreto del Ministro della Sanità del 13 settembre 1988, che attribuisce all'unità operativa di geriatria un'attività di riabilitazione –, che prevede almeno l'1 per 1000 di posti letto per riabilitazione, ma anche mette in evidenza la notevole disparità di indirizzi programmatori nelle singole regioni nei riguardi della A.G. Se a ciò si aggiunge che la consulenza geriatrica in tutto l'ospedale – servizio reputato di importanza prioritaria per la selezione degli interventi e la prevenzione della disabilità – non esiste nella maggioranza dei casi, si deve concludere che *gli orientamenti prevalenti a livello regionale escludono – tranne alcune eccezioni tra cui spicca il Veneto – la necessità di un intervento ospedaliero specifico per l'anziano a rischio di non autosufficienza.*

La carenza dei servizi geriatrici ospedalieri si fa ancora più impressiva quando si passa ad analizzare le caratteristiche delle divisioni di geriatria, attualmente esistenti. Come si può evincere dai dati dell'inchiesta della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, le caratteristiche fondamentali di un reparto ospedaliero, perchè possa funzionare come unità operativa geriatrica, sono in realtà mancanti. Infatti la divisione di geriatria quasi mai risulta integrata con i servizi del territorio, spesso vi mancano i terapisti della riabilitazione, quasi sempre è priva degli spazi per la rieducazione motoria e la terapia occupazionale, quasi mai è dotata degli indispensabili ausili motori; in genere, infine, utilizza strutture non rispondenti ai criteri architettonici.

Per quel che riguarda i letti di lungodegenza ospedaliera, che hanno – assieme alle divisioni di geriatria – un tasso di utilizzazione elevato (tabella 8), la loro tipologia mostra gravissime carenze a cominciare dalla constatazione che solo ora i nuovi standard ospedalieri (Decreto Ministro Sanità del 13 settembre 1988) vi prevedono la presenza dei terapisti della riabilitazione. In tutto, i letti pubblici e privati per lungodegenza hanno un quoziente di 1,6 : 1000 ultrasessantacinquenni (37).

Strutture residenziali per non autosufficienti

Secondo i dati Istat (38), gli anziani istituzionalizzati al 1985 erano 172.310 in 2.656 strutture residenziali, comprendendo autosufficienti e non. Il 46 per cento di queste strutture è a conduzione privata. È praticamente impossibile calcolare la percentuale di anziani non autosufficienti ivi residenti rispetto al totale, data *l'estrema difformità della tipologia di queste strutture*. Dall'indagine del Labos e dai dati di alcune regioni come il Molise, il Friuli, l'Emilia-Romagna e la Lombardia, si può arrivare ad una stima – seppur in modo grossolano – che circa la metà dei posti letto siano occupati da non autosufficienti; pertanto, sommando i posti letto pubblici e privati di lungodegenza, si dovrebbe essere vicini ad una disponibilità di 100.000 posti

(37) Dati del Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria del Ministero della sanità.

(38) Istat, *Considerazioni cit.*

letto residenziali non ospedalieri per anziani non autosufficienti, cioè ad un quoziente di 12 per 1000 ultrasessantacinquenni. Dai dati del Labos, che prendono in considerazione soltanto gli ultrasessantacinquenni, risulta che i totalmente o gravemente non autosufficienti viventi da soli o con un convivente anziano - che quindi dovrebbero essere ricoverati in strutture residenziali perchè privi di aiuto familiare - rappresentano il 4.2 per cento (337.000 unità) di tutti gli ultrasessantacinquenni. Pertanto già oggi l'offerta di posti residenziali per non autosufficienti è sicuramente molto inferiore alla domanda. Il divario tra domanda ed offerta è molto maggiore al Centro e soprattutto al Sud, come si può evincere dai dati Istat che danno una disponibilità di posti residenziali dislocata per l'86 per cento al Nord. Questo rilievo giustifica i risultati ottenuti dal Gruppo di studio sulla farmacovigilanza dell'anziano, della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, dimostranti che il trasferimento dall'ospedale in strutture protette - che globalmente varia dallo 0,4 per cento sotto i 50 anni all'8,3 per cento sopra gli 80 anni - è un fenomeno che si verifica al Nord con una frequenza, rispettivamente, di più del doppio rispetto al Centro e di più di 6 volte, rispetto al Sud (tabella 9).

La maggior percentuale dei posti residenziali (70.59 per cento) è occupata da donne in accordo con le evidenze demografiche dimostranti un allungamento maggiore della vita media per il sesso femminile. A fronte di un tasso di utilizzazione molto prossimo al 100 per cento - dato facilmente comprensibile tenuto conto della larga evasione della domanda - sta un ricambio molto vicino alla zero, se si escludono i decessi. Ciò indica che la maggior parte delle strutture residenziali per non autosufficienti funziona esclusivamente come serbatoio di raccolta di anziani privi di assistenza domiciliare e della famiglia, senza che vi sia per loro alcuna possibilità di un ritorno ad una qualche forma di vita attiva. La caratteristica di queste strutture è ben lontana di quella delle «nursing home», il cui standard ottimale dovrebbe consentire un ricambio di almeno il 20-30 per cento dei ricoverati nell'arco di 6 mesi, in quanto in molti casi si tratta di ricoveri temporanei per portare a termine il ciclo riabilitativo iniziato nell'ospedale per acuti (39) (40). Altri ricoveri temporanei possono avvenire nella «nursing home» per anziani bisognosi di cicli di cure non particolarmente impegnative e non richiedenti accertamenti diagnostici particolari oppure per alleggerire il carico assistenziale delle famiglie. La «nursing home», poi, per la presenza di spazi di socializzazione, di terapisti occupazionali e di psicologi assicura una riattivazione continua dell'anziano sul piano psicologico, elemento questo di primaria importanza per ridurre il danno legato allo stress da istituzionalizzazione.

Vi è, pertanto, assoluta necessità di dare l'avvio alla costruzione di strutture residenziali con sufficienti servizi sanitari, simili per tipologia alle «nursing home», cioè le residenze sanitarie assistenziali (RSA), così come sono state definite dal Ministero della sanità (articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e decreto Ministro della sanità del 13 settembre 1988). Le RSA, essendo dotate prevalentemente di una funzione ponte tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale per acuti, hanno anche il compito di sostituire gli attuali reparti ospedalieri di lungodegenza, come risulta specificato nel

(39) OUSTLANDER J. G.: «Assessment in the nursing home». In «Clinics in geriatric medicine», vol. 3, n. 1, 155, 1987.

(40) ZIMMER J. G. e COLL.: «Nursing homes as acute care providers. A pilot study of incentives to reduce hospitalization». J. Am. Ger. Soc. 36, 124, 1988.

decreto del Ministro della sanità 13 settembre 1988 (paragrafi F₂, F₃ e F₅ dell'articolo 3). La lungodegenza ospedaliera è, infatti, la sede meno idonea per ospitare anziani non autosufficienti, perchè è priva di spazi di socializzazione, di infrastrutture per la riabilitazione e di personale professionalmente preparato e motivato per assistere questo tipo di pazienti. Non ci sembra privo di significato il constatare che l'episodio agghiacciante a tutti noto, avvenuto di recente a Vienna, si sia verificato in un reparto ospedaliero di lungodegenza medica e proprio in una nazione - l'Austria - le cui autorità sanitarie si sono sempre opposte all'istituzione di specifici servizi geriatrici.

Nelle attuali «case protette» (41) il tempo tra la richiesta di accettazione e il ricovero è in genere esageratamente lungo; i criteri di accettazione sono assai variabili da caso a caso e raramente avvengono secondo un precedente preciso *iter* valutativo. Quando, poi, tale valutazione viene fatta, essa è portata a termine da un'équipe con prevalenza di funzionari dell'ente locale privi di competenza specifica e non da operatori propri del settore, come il geriatra, il terapista della riabilitazione, lo psicologo. Viene così totalmente a mancare la scelta opzionale dell'intervento, particolarmente raccomandata dall'O.M.S. (42), e, quindi, la possibilità di evitare, in un certo numero di casi, l'istituzionalizzazione, che costituisce di per sé un importante rischio di non autosufficienza. Nel 90 per cento dei casi non vi è alcuna integrazione tra casa protetta e gli altri servizi. Dai dati del Labos risulta che la maggior parte degli anziani non autosufficienti residenti nelle case protette hanno una polipatologia invalidante e che la frequenza dei trasferimenti in ospedale è molto elevata (superiore al 20-30 per cento). Non si osservano differenze sostanziali tra questa patologia e quella studiata nelle «nursing home», dove si è visto che la valutazione multidimensionale tramite la UVG riduce di oltre il 70 per cento i trasferimenti in ospedale (43). Si può, pertanto, presumere che anche per una certa quota di anziani ricoverati nelle «case protette» si sarebbe potuto evitare un trasferimento in ospedale, se vi fosse stata disponibilità di operatori e strutture adeguate. La spiegazione del perchè ciò non si sia verificato è facilmente individuabile nella filosofia che ha ispirato la costruzione di queste strutture. Le «case protette», infatti, risultano concepite esclusivamente come servizio sociale nella convinzione che l'anziano cronico non autosufficiente sia irrecuperabile. Sono perciò quasi sempre prive di personale qualificato per la riabilitazione; gli infermieri professionali in organico mancano nel 20 per cento dei casi e, comunque, sono sempre in numero insufficiente; figure come il terapista occupazionale si può dire non esistano. In realtà, in pazienti con identica patologia, all'Ospedale di riabilitazione INRCA di Firenze si è dimostrato un miglioramento in quasi il 50 per cento dei casi e metà dei pazienti

(41) Nei vari ordinamenti regionali una tipologia simile alla *nursing home* non è mai stata realmente presa in considerazione. Esiste anche una notevole difficoltà nella definizione. Nella maggioranza dei casi si parla di casa protetta, quando in essa si trovano ricoverati dei non autosufficienti, indipendentemente dalla consistenza e dal tipo dei servizi ed anche dal rispetto delle barriere architettoniche. Per casa di riposo si intende dai più una struttura che ricovera anziani autosufficienti.

Tutti i dati riguardanti le case protette italiane sono tratti dalla ricerca della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, citata nella nota 2.

(42) V. nota 9.

(43) ZIMMER J. G., op. cit.

provenienti da strutture protette poterono tornare nella propria casa (44). Questi dati hanno preceduto di molti anni quelli della UVG di Rubenstein (v. nota 7) e dimostrano che una corretta riabilitazione permette successi notevoli anche in Italia.

Se a tutte queste caratteristiche negative si aggiunge il fatto che in oltre il 60 per cento dei casi non è rispettato l'obbligo di abolire le barriere architettoniche, che nel 97 per cento dei casi vi è una commistione tra anziani con e senza difetti cognitivi gravi, che nel 78 per cento dei casi manca la collaborazione con il geriatra, occorre concludere per *un livello molto basso della qualità della assistenza prestata in gran parte delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti in Italia*.

FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Medicina di base

Come si è visto, è il servizio sanitario, cui si rivolgono con maggiore frequenza tutti gli italiani, ma soprattutto gli anziani. L'aumento delle visite nelle fasce di età più avanzate si accompagna ad un netto incremento della prescrizione dei farmaci e degli accertamenti diagnostici. Occorre, pertanto, una solida preparazione gerontologico-geriatrica del medico di medicina generale per evitare il pericolo di errori diagnostici e di reazioni avverse da farmaci cioè di due tra i più importanti fattori di rischio di non autosufficienza dell'anziano.

La didattica del corso di laurea in Medicina e Chirurgia nelle facoltà mediche delle università italiane non è sembrata sinora finalizzata a questo scopo. Infatti, l'insegnamento della Gerontologia e Geriatria è programmato in modo tale che la maggioranza degli studenti raggiunge la laurea senza aver avuto alcuna informazione nella disciplina: in 12 su 30 facoltà mediche attualmente non esiste un docente di prima fascia in Gerontologia e Geriatria e tale esame non è stato, sinora, obbligatorio per il conseguimento della laurea. La recente modifica della tabella XVIII ha colmato questa lacuna stabilendo che la Gerontologia e Geriatria figurino come corso integrato e, quindi, come insegnamento ed esame obbligatori in tutte le facoltà. Va, poi, anche sottolineato che l'attuale legislazione non assicura un reclutamento dei docenti in Gerontologia e Geriatria sulla base di una preparazione specifica nella disciplina in oggetto. Le commissioni giudicatrici, infatti, sono tenute a fornire una graduatoria in funzione dei meriti scientifici e didattici e del numero delle cattedre messe a concorso nel raggruppamento Medicina Interna. In questo raggruppamento sono incluse - assieme alla Gerontologia e Geriatria - molte altre cattedre di assai differente specificità. Esiste, quindi, la reale possibilità che un candidato, ritenuto idoneo per l'eccellenza della sua attività didattica e scientifica in un settore avente scarsa attinenza con la Gerontologia-Geriatria, sia costretto poi ad optare per una cattedra di tale disciplina, qualora non siano disponibili cattedre vacanti di altro tipo.

Specializzazione in Geriatria

Secondo le proposte contenute nel progetto-obiettivo «Tutela della salute degli anziani» inserito nella bozza del Piano Sanitario Nazionale, lo

(44) BARONI A. e COLL.: «Problemi e risultati in un nuovo centro di riattivazione. Osservazioni sui primi 6 mesi di attività». Rassegna Geriatrica, 1970.

specialista in Geriatria deve dirigere le unità operative ospedaliere di geriatria, avere una funzione coordinatrice nell'unità valutativa geriatrica del territorio e una funzione di consulenza per gli altri reparti ospedalieri e per il medico di medicina generale. Ciò in analogia a quanto viene indicato in modo preciso dall'O.M.S. e si sta effettivamente verificando in gran parte delle nazioni industrializzate. Una stima minima del numero di geriatri indispensabili per la completa attuazione del Piano Sanitario è di 3 per ogni U.S.L., cioè 2 geriatri per ogni unità operativa ospedaliera di geriatria (primario e aiuto) ed uno avente la funzione di coordinatore dell'U.V.G. del territorio, in tutto oltre 2000 geriatri. Questo numero è calcolato in difetto se si tiene conto del calcolo fatto da Magi e Coll. (45) che ritengono necessari 2.131 geriatri per la medicina extraospedaliera e, perciò, in base ai dati del 1983, rilevano una carenza di 1.879 geriatri soltanto per i servizi nel territorio. Dai dati del Ministero della pubblica istruzione, relativi al numero di posti nelle Scuole di Specializzazione in Geriatria si può ipotizzare che in cinque anni vi sia stato un aumento degli specialisti in Geriatria di almeno 1000 unità. Pertanto esiste probabilmente una carenza di circa 500 geriatri (46). Vi è poi il problema di una non uniforme distribuzione delle Scuole di Specializzazione in Geriatria, per cui accanto a regioni dove esistono anche 3 scuole in sedi diverse - Emilia - ve ne sono altre - Umbria, Marche - che, pur avendo sedi universitarie con facoltà mediche, non ne hanno nessuna.

Vi è, quindi, la necessità di potenziare le Scuole di Specializzazione in Geriatria. Per far questo, però, occorre non solo ridistribuire in maniera più omogenea a livello regionale il numero delle scuole (e/o degli iscritti ai corsi), ma anche aumentare il numero dei docenti in Gerontologia e Geriatria - ora sicuramente insufficienti - e garantire, più di quanto non sia stato fatto sinora, la selezione dei nuovi docenti. Inoltre vanno decisamente migliorati gli strumenti didattici. Dall'indagine promossa dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria risulta che le Scuole di Specializzazione in Geriatria non sono collegate, per il 68 per cento dei casi, con una divisione ospedaliera di geriatria, con un servizio di riabilitazione geriatrico e con un ambulatorio geriatrico e, per il 92 per cento, con una RSA. Quindi gran parte dell'insegnamento deve essere forzatamente di tipo teorico, contrariamente alle direttive CEE, che impongono vi sia una prevalenza delle attività didattiche a carattere tecnico-formativo nelle scuole di specializzazione postlaurea. Questa normativa, ovviamente, risulta di assai difficile attuazione senza il coinvolgimento dei suelencati strumenti didattici, cioè le strutture facenti parte del S.S.N.

Diploma per infermieri professionali e per altri operatori non medici

Confrontando le tabelle 1 e 2 risulta che il numero di infermieri stimato per realizzare un'assistenza domiciliare simile a quella esistente in Inghilterra è di circa 50.000 nuovi infermieri. In base ai dati del Ministero della sanità vengono diplomati ogni anno in media 15.474 nuovi infermieri

(45) MAGI D. e COLL.: «Dossier salute: Italia 1985». La Rivista Medica Italiana, 1986.

(46) Non ci è stato possibile avere dalla Federazione degli Ordini dei medici il numero di iscritti con specializzazione in Geriatria. Se si tiene conto degli iscritti alla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria - oltre 2000 -, non dovrebbe esservi una grande carenza di specialisti in Geriatria in termini globali.

professionali. La tabella 10 dimostra che sia il numero delle scuole che quello dei nuovi diplomati è in diminuzione a partire dal 1985. Occorre, poi, tener conto che il contingente dei nuovi diplomati è, a detta dei responsabili del settore del Ministero della sanità, a malapena sufficiente a rimpiazzare il numero degli infermieri che lasciano con sempre maggiore frequenza il posto di lavoro in ospedale verosimilmente per altre attività o più renumerative o più gratificanti. È anche probabile che esistano notevoli differenze tra Nord e Sud nella domanda/offerta di posti per infermiere professionale. La grande carenza di infermieri professionali deriva da un profondo stato di demotivazione, legato sia alla insufficiente gratificazione economica in rapporto al tipo di lavoro svolto sia al ruolo di basso profilo professionale in cui viene ancora tenuto in Italia l'infermiere professionale.

Attualmente gli infermieri professionali raggiungono il diploma con una preparazione specifica per l'assistenza all'anziano assolutamente deficitaria, in quanto nel curriculum degli studi non è previsto un corso di Gerontologia e non è obbligatorio, ma solo a discrezione della direzione della scuola, un periodo di didattica tecnico-formativa in reparti geriatrici. Anche nella maggioranza - 62 per cento dei casi - degli ospedali dove vi è una divisione di geriatria, questa non viene utilizzata come reparto scuola. Inoltre, a quanto ci risulta, corsi tecnico-formativi di assistenza domiciliare non sono quasi mai previsti nell'iter accademico delle diverse scuole.

Praticamente non esistono, salvo rarissime eccezioni, corsi di specializzazione in Geriatria per infermieri professionali, in analogia alla «geriatric nurse» che opera in reparti geriatrici ospedalieri, in day hospital geriatrici e nelle «nursing home» dell'Inghilterra e degli Stati Uniti. La presenza di una specializzazione geriatrica dell'infermiere professionale aumenta nettamente il livello della prestazione, essendo professionalità e motivazione due elementi tra loro strettamente interdipendenti (47). Vi è anche da segnalare che i corsi di specializzazione - questo vale anche per l'ausiliare sociosanitario e per i terapisti della riabilitazione - quando esistenti, dipendono da iniziative regionali e probabilmente non vengono gestiti con criteri univoci.

Riguardo alla Scuola diretta a fini speciali per dirigenti infermieristici - figura questa di grande importanza per le sue competenze manageriali e molto adatta, perciò, a dirigere quei servizi sanitari per gli anziani con organico prevalentemente di tipo infermieristico come le RSA o l'assistenza domiciliare - si rileva che essa attualmente è presente in 3 università (Milano, Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica e Roma Sapienza). Nell'attuale programma didattico non figurano, neppure come insegnamenti facoltativi, la Gerontologia e la Geriatria.

Nel programma della Scuola diretta a fini speciali per terapisti della riabilitazione non esiste alcun insegnamento specifico di Gerontologia e Geriatria. Inoltre vi è un solo insegnamento annuale (secondo anno) di terapia occupazionale.

Non è previsto nell'attuale ordinamento alcuna scuola specifica per terapeuta occupazionale, figura che svolge ormai un ruolo fondamentale nell'A.G. di molte altre nazioni.

I corsi per terapisti della riabilitazione a livello regionale sono - a detta

(47) SMITH G., «Resistance to change in geriatric care», Int. J. Nurs. Stud. 23, 61, 1986.

dell'ufficio apposito del Ministero della sanità - circa 70 con una media di 20-30 iscritti all'anno.

Per tutte le altre figure professionali impiegate nell'assistenza all'anziano (come l'assistente sociale, l'ausiliare socio-sanitario, l'ausiliare socio-assistenziale, l'animatore, l'educatore professionale, lo psicologo) non è possibile esprimere alcun giudizio attendibile sulla loro consistenza e sui programmi, non essendo state ancora definite gran parte di queste figure professionali a livello dei Ministeri competenti, nè ancora precisati con chiarezza i compiti delle regioni e delle provincie nella formazione di questo personale. Per alcune di queste figure non è neppure obbligatorio - vedi animatore, educatore, ausiliare socio-assistenziale - aver superato un corso di qualificazione professionale prima dell'assunzione. Il fatto che non siano state ancora definiti per tali operatori i profili professionali, poi, determina una notevole variabilità dei programmi svolti nelle singole regioni, a livello delle provincie, dei comuni e delle U.S.L..

In conclusione, si può affermare con assoluta tranquillità che, in Italia, non esiste - evidentemente perchè non se ne è sentita ancora la necessità da parte delle autorità politiche e amministrative - un *iter* formativo istituzionalizzato in Gerontologia e Geriatria per tutti gli operatori del settore indipendentemente dal livello professionale di appartenenza. È evidente che ciò comporta il rischio di una professionalità di basso profilo per chi opera in un settore difficile, importante e assai delicato qual è quello dell'assistenza all'anziano non autosufficiente. *Diventa, quindi, indispensabile che il legislatore il più rapidamente possibile dia attuazione a provvedimenti capaci di colmare questa grave lacuna nella formazione professionale degli operatori inseriti nei servizi socio-sanitari e dimostri, così, di aver recepito la raccomandazione più volte fatta dall'O.M.S. di «gerontologizzare» tutti i livelli di professionalità, dallo specialista in geriatria, al medico di base fino all'ausiliare socio-sanitario (48).*

(48) Oltre al documento citato nella nota 9, si veda anche: O.M.S., «*Education in care of the elderly*», ICP/HEE 006/S01/3035V, 1985.

TABELLA 1

CONSISTENZA DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI PER I SOGGETTI NON AUTO-SUFFICIENTI IN DUE DISTRETTI CAMPIONE INGLESÌ, RAPPORTATI ENTRAMBI AD UNA POPOLAZIONE DI 50.000 ANZIANI (1)

	Distretto area Industriale (2) (n = 11431, 22%)	Distretto area Rurale (2) (n = 8100, 16%)
	Numero assistiti, % (n = 8577, 17%)	Numero assistiti, % (n = 6198, 12%)
<i>Assistenza domiciliare</i>		
Infermiere di distretto	413 (1:21) (3)	251 (1:25)
Assistente sanitario	9 (1:953)	0
Fisioterapista	42 (1:204)	0
Ausiliare socio-sanitario	856 (1:10)	464 (1:13)
Terapista occupazionale	8 (1:1072)	0
Totale ...	1328 (1:6.4)	715 (1:8.6)
Lavanderia	1171 (1:7)	194 (1:32)
Centro diurno	721 (1:12)	48 (1:129)
Day-Hospital	54 (1:159)	51 (1:121)
Day-Hospital psichiatrico	0	0
Pasti caldi a domicilio	1853 (1:5)	186 (1:33)
<i>Assistenza con istituzionalizzazione</i>		
Letti di lungodegenza	569 (1.1%) (4)	606 (1.2%)
Letti residenziali (sheltered house+nursing home+old people home)	2275 (4.5%)	1697 (3.4%)

(1) BOWES T, FORTE P.: *The balance of care microcomputer system*. DHSS, Operational Research Service, London 1987

(2) Numero totale degli ultrasessantacinquenni assistiti con rispettive percentuali rispetto al totale

(3) Rapporto operatori/numero assistiti

(4) Percentuale relativa al numero dei letti rispetto al totale degli ultrasessantacinquenni

TABELLA 2

**RIEPILOGO GENERALE DEI DATI SULL'ASSISTENZA
SOCIO-SANITARIA ALL'ANZIANO (1)**

	Valori reali assistenza erogata	Stima domanda fabbisogno assistenza
<i>Assistenza domiciliare</i>		
Numero assistiti o assistibili e %	80.000 (1%) (2)	1.183.000 (15%) (6)
Numero operatori e rapporto con numero assistiti		
Totale	6.000 (1:13) (3)	148.000 (1:8) (6)
Infermieri professionali	216 (1:370)	51.000 (1:23)
Terapisti riabilitazione	102 (1:780)	5.900 (1:200)
<i>Assistenza in strutture residenziali</i>		
Numero posti letto e %	172.000 (2.2%) (4)	394.350 (5%) (6)
Residenze sanitarie assistenziali o letti di lungodegenza e %	12.219 (0.1%) (5)	300.000 (4%) (7)
<i>Assistenza in ospedale</i>		
Letti di Geriatria e %		
pubblici	7.074 (0.08%) (5)	39.000 (0.5%) (6)
privati	1.546 (0.01%)	

(1) Le percentuali sono calcolate in base al numero di ultrasessantacinquenni: 7.887.215 all'inizio 1988 (dati ISTAT)

(2) Dati ISTAT 1988

(3) Dati Ministero dell'interno 1984

(4) Dati ISTAT 1988

(5) Dati Servizio Centrale Programmazione Sanitaria, Ministero della sanità

(6) Stima in base a dati del DHSS, Operational Service (1987)

(7) Stima in base ai dati Labos (1988)

TABELLA 3

TIPOLOGIA DEI RICOVERI OSPEDALIERI SECONDO LE CLASSI D'ETÀ

(Studio Farmacoepidemiologico della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria su anziani ricoverati in divisioni di medicina o di geriatria) (*)

TIPO DEL RICOVERO	Valutazione Globale	CLASSI D'ETÀ				
		<50 anni	50-59 anni	60-69 anni	70-79 anni	>80 anni
Congruo	n.	7465	876	798	1501	2381
	■ %	68.5	60.2	66.3	69.8	70.6
Improprio	n.	2527	387	296	505	746
	■ %	23.2	26.6	24.6	23.5	22.1
Incongruo	n.	881	188	107	138	245
	■ %	8.1	12.9	8.9	6.4	7.3
Non valut.	n.	18	3	2	7	2
	■ %	0.2	0.2	0.2	0.3	0.0
Totale ...	n.	10891	1454	1203	2151	3374
	■ %	100	13.4	11.0	19.8	31.0

(*) per la definizione dei tre tipi di ricovero vedasi testo

n = numero assoluto di osservazioni - % si riferisce alla percentuale di colonna

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TABELLA 4

TIPOLOGIA DEI RICOVERI SECONDO L'AREA GEOGRAFICA
(Studio Farmacoepidemiologico della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
su anziani ricoverati in divisioni di medicina e di geriatria) (*)

TIPO DEL RICOVERO		Valutazione globale	AREA GEOGRAFICA		
			Nord	Centro	Sud
Congruo	{ n.	7.494	2.551	2.122	2.821
	{ %	68,5	66,9	61,7	76,7
Improprio	{ n.	2.536	1.011	961	564
	{ %	23,2	26,5	27,9	15,3
Incongruo	{ n.	888	250	350	288
	{ %	8,1	6,6	10,2	7,8
Non valut.	{ n.	18	4	8	6
	{ %	0,1	0,1	0,2	0,1
Totale ...	{ n.	10.936	3.816	3.441	3.679
	{ %	100,0	34,9	31,5	33,6

(*) Per la definizione dei tre tipi di ricovero vedasi testo.

n = numero assoluto di osservazioni - % si riferisce alla percentuale di colonna.

TABELLA 5

MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA IN DIVISIONI DI MEDICINA E GERIATRIA
(Studio Farmacoepidemiologico della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
su anziani ricoverati in divisioni di medicina e di geriatria) (*)

		Valutazione globale	AREA GEOGRAFICA		
			Nord	Centro	Sud
Ricoveri	{ n	10.936	3.816	3.441	3.679
	{ %	100	34,9	31,5	33,6
Morti ...	{ n	704	426	196	82
	{ %	6,4	11,2	5,7	2,2

(*) Per la definizione dei tre tipi di ricovero vedasi testo.

n = numero assoluto di osservazioni - % si riferisce alla percentuale di colonna.

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TABELLA 6

TIPOLOGIA DEI RICOVERI SECONDO IL PERIODO DI OSSERVAZIONE

(Studio Farmacoepidemiologico della Società Italiana di Geriatria su anziani ricoverati in divisioni di medicina e di geriatria) (*)

TIPO DI RICOVERO	Valutazione Globale		PERIODO DI OSSERVAZIONE									
	maggio giugno	novembre dicembre	maggio-giugno				novembre-dicembre					
			<50 a	50-59 a.	60-69 a.	70-79 a.	>80 a.	<50 a	50-59 a.	60-69 a.	70-79 a.	>80 a.
Congruo { n. %	3926	3529	456	428	762	1258	1002	418	367	735	1113	889
Improprio { n. %	1371	1133	194	149	296	409	317	193	145	203	323	266
Incongruo { n. %	545	331	108	65	80	165	124	79	40	57	76	76
Sconosciuto { n. %	5	6	2	0	1	1	1	1	1	3	0	1
	0.1	0.1	0.3	0	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.3	0.1	0.1
Totale... { n. %	5847	4999	760	642	1139	1833	1444	691	553	998	1512	1232
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

(*) per la definizione dei tre tipi di ricovero vedasi testo

n. = numero assoluto di osservazione - % si riferisce alla percentuale di colonna

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI DOCUMENTI

TABELLA 7

DATI RIEPILOGATIVI DEGLI ISTITUTI DI CURA PUBBLICI PER DISCIPLINA
 (Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria)
GERIATRIA - ANNO 1987

REGIONE	Numero Istituti	Numero Reparti	Numero Posti letto	Numero Degenti	Giorni di Degenza	Degenza Media	Tasso di Utilizzazione
Valle d'Aosta	1	1	57	595	20 908	35,1	100,5
Piemonte	8	10	445	7 919	120 263	15,2	74,0
Lombardia	6	8	459	8 877	143 827	16,2	85,8
Pr Bolzano	3	3	124	2 640	38 974	14,8	86,1
Pr Trento	3	3	228	4 397	68 677	15,6	82,5
Veneto	17	24	1 821	35 800	555 346	15,5	83,6
Friuli Ven Giulia	5	6	361	7 475	110 871	14,8	84,1
Liguria	4	4	270	1 382	79 716	57,7	80,9
Emilia Romagna	15	16	964	12 978	283 071	21,8	80,4
Toscana	2	3	122	2 426	44 085	18,2	99,0
Marche	5	5	173	3 357	56 032	16,7	88,7
Umbria	2	2	55	1 918	27 653	14,4	137,7
Lazio	6	6	296	2 736	86 871	31,8	80,4
Abruzzo	6	6	272	4 545	84 439	18,6	85,1
Campania	9	9	298	5 007	79 272	15,8	72,9
Molise	1	1	20	348	6 062	17,4	83,0
Puglia	13	13	474	9 673	138 154	14,3	79,9
Basilicata	2	2	106	2 446	25 244	10,3	65,2
Calabria	3	3	174	5 046	64 634	12,8	101,8
Sicilia	6	6	186	3 505	54 060	15,44	79,6
Sardegna	3	3	169	3 697	42 933	11,6	69,6
Italia	120	134	7 074	126 767	2 131 093	16,8	82,5

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TABELLA 8

DATI RIEPILOGATIVI DEGLI ISTITUTI DI CURA PUBBLICI PER DISCIPLINA
 (Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria)
LUNGODEGENTI - ANNO 1987

REGIONE	Numero Istituti	Numero Reparti	Numero Posti letto	Numero Degenti	Giorni di Degenza	Degenza Media	Tasso di Utilizzazione
Valle D'Aosta	0	0	0	0	0	0,0	0,0
Piemonte	9	9	432	2470	133013	54,1	84,7
Lombardia	17	23	1194	14839	345704	23,3	79,3
Provincia di Bolzano.	1	1	19	43	6123	142,3	86,4
Provincia di Trento ..	1	1	80	1443	298432	20,5	101,5
Veneto	17	20	1544	8257	336933	40,3	59,8
Friuli-Venezia Giulia.	4	5	602	1985	190930	56,2	86,9
Liguria	6	6	331	1305	90270	89,2	74,7
Emilia Romagna	2	3	226	2433	62904	25,9	76,3
Toscana	4	4	151	1581	33732	21,3	61,2
Marche	4	4	133	1050	54043	55,2	71,8
Umbria	0	0	0	0	0	0,0	0,0
Lazio	2	2	110	563	22330	39,7	55,7
Abruzzo	3	3	53	1262	20370	16,1	105,3
Campania	3	3	108	1795	23593	13,1	59,5
Molise	1	1	20	361	6084	16,9	63,3
Puglie	3	3	174	1508	20020	13,3	31,5
Basilicata	0	0	0	0	0	0,0	0,0
Calabria	1	1	50	682	12914	18,5	70,6
Sicilia	4	4	123	219	27021	123,4	57,8
Sardegna	0	0	0	0	0	0,0	0,0
Italia ...	82	93	5355	41798	1397136	33,4	71,5

TABELLA 9

DESTINAZIONE DEI PAZIENTI DOPO LA DIMISSIONE PER AREA GEOGRAFICA
 (Studio Farmacoepidemiologico della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
 su anziani ricoverati in divisioni di medicina e di geriatria) (*)

TIPO DI DESTINAZIONE		Valutazione globale	AREA GEOGRAFICA		
			Nord	Centro	Sud
Alla propria casa	{ n.	9.190	2.865	2.888	3.437
	{ %	84,0	75,1	83,9	93,4
In strutture protette	{ n.	397	257	99	41
	{ %	3,6	6,7	2,9	1,1
Ad altro reparto	{ n.	438	190	183	65
	{ %	4,0	5,0	5,3	1,8
Ad altro ospedale	{ n.	230	81	68	81
	{ %	2,1	2,1	2,0	2,1
Sconosciuta	{ n.	674	423	228	55
	{ %	6,2	11,1	5,9	1,5
Totale ...	{ n.	10.936	3.816	3.441	3.679
	{ %	100,0	34,9	31,5	33,6

(*) Per la definizione dei tre tipi di ricovero vedasi testo.

n = numero assoluto di osservazioni - % si riferisce alla percentuale di colonna.

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TABELLA 10

NUMERO DEI CANDIDATI AGLI ESAMI DI STATO PER INFERMIERI PROFESSIONALI,
DEI DIPLOMATI E DEI RESPINTI

ANNO	Numero scuole	Numero candidati	Numero stranieri	Numero diplomati	Numero respinti
1980	301	9.180	68	9.126	54
1981	309	11.766	70	11.706	60
1982	348	12.155	112	12.114	41
1983	400	21.567	112	21.457	110
1984	422	20.479	70	20.612	137
1985	404	19.237	87	19.142	93
1986	387	15.707	106	15.630	77
1987	394	14.039	47	14.006	33
MEDIA	371	15.550	84	15.474	76

RAPPORTO TRA IL NUMERO DEGLI INFERMIERI PROFESSIONALI DIPLOMATI
E LA POPOLAZIONE ITALIANA
(Riferito a 100.000 abitanti)

ANNO	Numero diplomati	Popolazione italiana (nel 1979)	Diplomati ogni 100 000 abitanti
1980	9.126	56.320.000	16,20
1981	11.706		20,78
1982	12.114		21,51
1983	21.457		38,10
1984	20.612		36,60
1985	19.142		33,99
1986	15.630		27,75
1987	14.006		24,87
MEDIA	15.474		27,475

LA CONDIZIONE DEGLI ANZIANI NELLA SOCIETÀ CONTEMPORANEA

di Marcello CESA-BIANCHI

1. Il problema degli anziani

La condizione anziana presenta attualmente aspetti contraddittori. Infatti se da alcuni anni il problema delle persone di età avanzata è presentato dai politici e dagli amministratori come un elemento cruciale della civiltà contemporanea sul quale devono essere concentrati sforzi e iniziative di particolare significato, la realtà di molti vecchi è e continua ad essere sostanzialmente inadeguata ai principi del diritto, della morale, della socialità. Si deve per altro precisare che i molti aspetti negativi che caratterizzano la condizione anziana si ritrovano non in tutte le persone che abbiano superato un certo livello cronologico, ma solamente in quelle - che rappresentano una larga percentuale - appartenenti a strati socio-economicamente e culturalmente svantaggiati. È quanto si può rilevare in molte parti del mondo e in particolare nel nostro paese: gli effetti di uno squilibrio fra benessere e malessere socio-economico si accentuano nei riguardi della popolazione anziana, in gran parte improduttiva.

Una nuova sensibilità sembra affermarsi nelle nuove generazioni; il vecchio non è più visto, come ricerche di alcuni anni fa dimostravano, quale l'espressione più decadente e sgradevole della condizione umana, ma si vengono riconoscendo i valori di cui l'anziano può essere portatore e le funzioni socialmente utili che può essere chiamato a svolgere. Tuttavia, questa generica nuova sensibilità non si traduce il più delle volte in operazioni coerenti: anche per le difficoltà della sopravvivenza, soprattutto nella zona industriali del paese, l'anziano continua di fatto ad essere il più delle volte emarginato e vissuto nel migliore dei casi come un peso che bisogna umanamente sopportare.

Nelle aree prevalentemente agricole del Meridione l'emarginazione è statisticamente meno frequente; per altro, quando si verifica, comporta la collocazione dell'anziano in strutture per la maggior parte incapaci di affrontarne i problemi in termini rispettosi della dignità umana e consapevoli delle possibilità di recupero.

In questa situazione, anche in funzione delle opportunità offerte dai progressi della medicina, il numero degli anziani che si dimostrano pienamente efficienti e che occupano posizioni di responsabilità anche in età molto avanzata tende progressivamente ad aumentare. Ma tale aumento sottolinea in modo ancora più drammatico il divario rispetto a tante persone per le quali l'invecchiamento continua a comportare la perdita progressiva delle proprie capacità e il diffondersi e l'aggravarsi delle malattie.

L'invecchiamento progressivo della popolazione, in relazione ai valori esistenti e a quelli estrapolati per gli anni futuri, l'aumento sempre più consistente della percentuale di persone al di sopra di elevati livelli cronologici ha attirato da tempo l'interesse degli uomini più responsabili.

Basterà ricordare fra gli altri John Fitzgerald Kennedy che alla fine degli anni Cinquanta individuava negli interventi per gli anziani uno degli elementi centrali del suo programma politico.

Ma l'accentuarsi del fenomeno sembra procedere con un ritmo superiore a quello delle iniziative che si propongono di risolverlo, anche là dove queste iniziative hanno visto un impegno più sistematico e approfondito di quanto sia avvenuto finora in Italia.

Come rileva A. Golini in una relazione tenuta alla prima giornata di studio su «L'invecchiamento della popolazione in Italia e nelle società occidentali» (Roma, CNR, 1986), *grandissime sono le differenze territoriali nell'invecchiamento della popolazione*: c'è in Europa un'area di fortissimo invecchiamento che comprende la parte centromeridionale di Svezia e Norvegia, la parte centromeridionale del Regno Unito, la Danimarca, la Germania, il Belgio e i Paesi Bassi, la Svizzera, la Francia, la Spagna settentrionale e le province dell'Italia settentrionale. Nel nostro paese, le differenze territoriali si riscontrano a tutti i livelli: la percentuale di popolazione ultrasessantenne presenta nel 1985 uno scarto di 4,4 punti fra Centro-Nord (20.0) e Mezzogiorno (15.6), scarto che tende a dilatarsi fortemente con il passare del tempo. Per quanto riguarda il rapporto fra i sessi, lo *squilibrio a vantaggio delle donne* - in relazione alla supermortalità maschile - va accentuandosi col progredire dell'età: è di 1.2 ad 1 a 60-69 anni, di 1.4 ad 1 a 70-79, di 2.1 ad 1 a 80 anni ed oltre, di 2.5 ad 1 oltre 90 anni.

Al 1° gennaio 1988, la popolazione in età 65 anni e oltre risulta di 7.887.215 (pari al 13,7 per cento dell'intera popolazione) e il 59,5 per cento di essa è costituita da donne; tale percentuale sale al 63,9 per cento negli ultrasessantacinquenni. Le proiezioni dell'ISTAT al 2008 prevedono che gli anziani saranno 11.201.202, con un numero di donne superiore di oltre 2.100.000 a quello degli uomini.

È ancora da rilevare che la speranza di vita risulta - nel confronto Nord-Sud - per gli uomini più alta nel Mezzogiorno e per le donne più alta nel Centro-Nord. Complessivamente, come già ricordato, l'invecchiamento della popolazione è decisamente più marcato al Nord, mentre nel Mezzogiorno è ancora forte il ricambio intergenerativo; inoltre, il maggiore invecchiamento del Centro-Nord è destinato a crescere nell'arco dei prossimi 20 anni.

Ma, oltre che nel numero, gli anziani si modificano anche per quanto riguarda la struttura di inserimento, in relazione alla graduale eliminazione della famiglia «patriarcale», nella quale l'anziano rappresentava, anche nella più tarda età, un punto di riferimento, nonchè spesso il centro del potere economico (nel settore agricolo e in quello artigianale e della piccola imprenditoria commerciale).

Circa l'86 per cento degli ultrasessantacinquenni appartiene a un nucleo familiare a sè stante, cioè non comune con altri: si trovano cioè ad essere sostanzialmente soli, privati dell'assistenza precedentemente assicurata dalla convivenza con i figli. Quasi un quinto di tutti gli anziani e circa un quarto degli ultrasessantacinquenni vivono del tutto isolati. Una donna anziana ogni tre vive da sola, contro un'incidenza relativa agli uomini di 1 su 8.

Per quanto riguarda le *condizioni di salute* degli anziani, riferite al 1986, risulta che il 51 per cento delle persone fra i 65 e 74 anni e il 59 per cento degli ultrasessantacinquenni abbiano accusato uno stato di salute non buono (contro il 32 per cento delle persone di tutte le età), con prevalenza delle

malattie del sistema circolatorio, del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo.

Per quanto riguarda le invalidità, aumentano decisamente dai 65 ai 74 anni e ancora più decisamente poi l'invalidità motoria e quelle da sordità e cecità, mentre quella da insufficienza mentale aumenta solo dopo i 75 anni.

Il totale delle strutture geriatriche (comprendenti case-albergo, case di riposo e strutture protette) ammonta in Italia nel 1985 a 2.656, per una recettività di 172.310 posti letto: oltre la metà (e il 64 per cento dei posti-letto) appartiene all'area pubblica. I quattro quinti di esse (e l'86 per cento dei posti-letto) sono localizzati nel Centro-Nord: le possibilità di ricovero appaiono dimezzate nel Mezzogiorno (nel quale prevale l'area privata) rispetto allo standard nazionale.

Per quanto riguarda il *tenore di vita* degli anziani, i dati forniti per il 1986 dall'Istituto centrale di statistica permettono di rilevare come essi, pur essendo relativamente svantaggiati nella disponibilità di spazio abitabile, vivano generalmente in abitazioni anche troppo ampie.

Gli ultrasessantacinquenni risultano più scarsamente dotati, rispetto alle persone più giovani, di lavatrici, lavastoviglie, frigoriferi, ecc. Essi spendono per il totale dei consumi alimentari una somma pro-capite compresa fra il 65 e il 70 per cento di quella delle persone di età inferiore. Il peso che il capitolo dei consumi alimentari e di bevande ha sul totale dei consumi risulta del 20 per cento maggiore nel Sud rispetto al Centro-Nord; tale differenza è per altro minore di quella esistente nel resto della popolazione.

Nel 1985 solo un anziano su quattro è andato in vacanza (quasi il 25 per cento per difficoltà economiche); tale percentuale risulta comunque in aumento.

2. Il processo di invecchiamento

Si è già ricordato come l'invecchiamento cronologico non comporti di per sé il dover vivere in una situazione di decadimento, di sofferenza, di emarginazione. Nel campo politico e in quello scientifico e artistico, nella vita industriale e in quella pastorale sono sempre più frequenti i casi di persone che ad età molto avanzata mantengono un notevole livello di efficienza, di serenità, di adattamento. Se questa è la condizione ancora oggi di una minoranza di privilegiati, essa sta comunque a dimostrare la non sostenibilità in termini culturali della «senectus ipsa morbus est», come da anni documentato dalle ricerche biografiche su illustri personaggi e come è soprattutto dimostrato dalla più recente ricerca scientifica, in particolare da quella psicologica (1). Il vecchio diventa un problema - per sé, la sua famiglia, la società - quando si determinano particolari condizioni, su una parte delle quali la società può essere in grado di intervenire preventivamente e/o al loro manifestarsi.

È opportuno schematicamente riportare che la persona che invecchia presenta necessariamente - sia pure in un grado e con un ritmo molto variabili - l'attenuarsi di certe funzioni: la vista, l'udito, la motilità, la

(1) Una documentazione delle principali ricerche in campo psicologico si può trovare in CESA-BIANCHI M., *La psicologia dell'invecchiamento*, «La Nuova Italia», Roma 1987.

capacità di apprendere e di adeguarsi a situazioni nuove. La perdita di attività elementari non comporta per altro necessariamente un decadimento globale della persona in quanto tale, della sua intelligenza, della sua capacità esistenziale: ciò anche perchè l'uomo presenta la possibilità di vicariare delle perdite settoriali, di compensare la diminuita funzionalità di determinate attività; così, la persona può invecchiare con serenità (o addirittura con successo, come dicono gli americani). Se questo non avviene, se il vecchio decade come persona fino a sopravvivere solo in termini biologici, è perchè si verificano determinate condizioni che influenzano in modo diverso le possibilità esistenziali degli uomini e delle donne.

Un primo fattore da considerare è quello genetico, che sembra essere almeno in parte responsabile della differente longevità dei due sessi e di varie popolazioni e che certamente opera a livello familiare e particolarmente individuale.

Un secondo fattore riguarda il livello educativo-culturale: è stato ormai da tempo dimostrato che la possibilità di mantenere fino ad età avanzata la propria efficienza intellettuale è connessa all'esercizio continuativo a cui essa viene sottoposta; la condizione di base (data dal livello culturale conseguito) e la stimolazione intellettuale anche dopo il pensionamento costituiscono elementi fondamentali di antidoto rispetto al decadimento.

Un fattore di grandissima portata è quello connesso alle condizioni socio-economiche, che incidono notevolmente sulle modalità di realizzazione del processo di invecchiamento: nelle società industrializzate, la vita degli anziani è notevolmente più penosa per le persone economicamente limitate, costrette molto più frequentemente ad abbandonare la propria abitazione e a sopravvivere in istituzioni, spesso in condizioni di isolamento e di inattività. Il problema non si pone in questi termini nelle società agricolo-pastorali, in cui persiste ancora la funzione patriarcale dell'anziano; ma è noto come queste società tendano in Italia e scomparire e a vedere con loro affievolirsi una funzione significativa per le persone di età avanzata.

Come rilevato in molti studi a carattere internazionale, il fattore socio-economico influenza anche l'azione esercitata da *un altro fattore*, quello *connesso al problema malattia*. È stato già ricordato che la percentuale degli anziani in condizioni di salute non buone è superiore a quella degli altri livelli cronologici e tende ad aumentare con gli anni; ma è stato anche rilevato che quasi il 50 per cento delle persone fra 65 e 74 anni e più del 40 per cento degli ultrasessantacinquenni godono di buona salute: a dimostrazione che l'invecchiamento di per sè non determina, ma se mai soltanto facilita, l'instaurarsi della patologia. È comunque certo che il sopravvenire di una malattia di una certa gravità, durata, conseguenza, altera sostanzialmente l'equilibrio dell'anziano e può far precipitare una situazione di per sè già delicata: in questa direzione, rilevante è l'azione esercitata dalle malattie arterio-sclerotiche e degenerative a carico del sistema nervoso.

È opportuno sottolineare come anche un fatto morboso che inizi in età giovanile o adulta influirà sullo svolgersi del processo di invecchiamento e come la patologia che compare in età senile assommi i suoi effetti con gli eventuali esiti delle patologie pregresse. In ogni caso la malattia che colpisce persone socio-economicamente svantaggiate porta a conseguenze significativamente superiori a quelle determinate in anziani di livello più elevato, come a partire dalle ricerche di James Birren è stato ampiamente dimostrato (2).

(2) Si veda di BIRREN J. E. e SLOANE R.B. (eds.), *Handbook of mental health and aging*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1980.

Ma la malattia – come studi anche nostri hanno dimostrato – non incide soltanto in funzione della sua obiettività, ma anche – e in certi casi soprattutto – in rapporto al vissuto soggettivo di chi ne è colpito. Tale vissuto varia notevolmente da individuo a individuo, potendo assumere l'aspetto della negazione e della sopportazione, della contrapposizione e della rassegnazione, della speranza e della disperazione, e ciò anche indipendentemente dalla natura e dalla gravità dell'evento patologico. Il vissuto particolare di una certa persona si viene modificando parallelamente al suo invecchiamento: mentre in età giovanile e lavorativa la malattia viene più spesso percepita dal paziente come un evento doloroso ma temporaneo, come un corpo estraneo nei confronti del quale si tende a reagire, per espellerlo da sé, in età senile essa è frequentemente vissuta come qualcosa di persistente, di ineliminabile, facente parte della propria personalità, come un segnale che preannuncia la prossima fine della propria vita. Questo vissuto sta molte volte alla base della depressione dell'anziano e del suo orientarsi, nei casi estremi, verso il suicidio.

Un problema particolarmente delicato è quello rappresentato dalle malattie mentali in età senile, e soprattutto dalle varie forme di demenza. A questo proposito, i progressi nelle conoscenze eziopatologiche, negli strumenti diagnostici, nella coscienza sociale hanno permesso di fare giustizia di soluzioni aberranti quali quella di rinchiudere in ospedale psichiatrico tutti gli anziani che presentassero problemi comportamentali e per i quali non si trovassero soluzioni adeguate. L'attuazione della riforma psichiatrica, con l'abolizione delle strutture manicomiali, ha contribuito ad eliminare questa mostruosità medica, sociale e morale, a sconfessare l'assimilazione fra l'essere vecchi e l'essere dementi; non è ancora invece riuscita a risolvere – per l'insufficienza delle strutture e degli strumenti alternativi all'ospedale psichiatrico che si sarebbero dovuti approntare – la condizione dei gravi malati mentali, e non soltanto di quelli anziani. I provvedimenti attualmente allo studio dovrebbero – ce lo auguriamo – portare a soluzioni più valide anche nel riguardo degli anziani malati di mente. È infatti da sottolineare come il continuare a considerare questi malati come diversi dai malati organici, come praticamente incurabili e pertanto solo assistibili o addirittura contenibili e isolabili, porterebbe colpevolmente a trascurare quelle iniziative terapeutiche e soprattutto riabilitative che possono – sia pure in gradi diversi – migliorare le condizioni del malato; a facilitare – certamente non a giustificare – atteggiamenti di indifferenza se non di intolleranza da parte di personale poco preparato e poco sensibile nei confronti di «corpi senza mente», e perciò «oggetti senza anima».

Un altro fattore che può incidere profondamente sul processo d'invecchiamento è riferibile a eventi di vita a carattere traumatico: la morte o la grave malattia di un familiare, la perdita del partner, lo sradicamento dal proprio ambiente di vita, la perdita del lavoro, l'emarginazione dalla propria struttura formale, l'isolamento, la ghettizzazione. Nell'ambito di questo fattore rientrano tre condizioni di vasta portata sociale: l'emigrazione, il pensionamento, la istituzionalizzazione.

Le forti correnti emigratorie degli anni successivi alla seconda guerra mondiale hanno visto lo spostamento di interi complessi familiari dal Mezzogiorno e dal Nord-Est dell'Italia verso paesi stranieri e verso l'area del triangolo industriale, creando una serie di problemi che hanno riguardato le

zone di accoglimento, ma anche e soprattutto gli emigranti: le persone in età lavorativa, i loro figli, i loro genitori. Il disagio è risultato particolarmente profondo negli anziani per i quali - in funzione della «resistenza al cambiamento» che si accentua con l'età - lo sradicamento dalla propria terra, la trasformazione forzata delle proprie abitudini di vita, l'inserimento in popolazioni sconosciute, diffidenti, talvolta ostili, ha comportato una serie di gravi conseguenze negative, con il frequente manifestarsi di depressione, disadattamento, isolamento. È da rilevare che questa forma di disagio si è manifestata con minore frequenza e intensità nelle donne - che sembrano poter conservare o ritrovare la loro funzione tradizionale all'interno della famiglia - che non negli uomini, per i quali il tempo libero in un ambiente inabituale diventa il più delle volte un tempo vuoto, riempito di ansietà, di paure, di depressione.

Il pensionamento rappresenta, come è noto, in Italia, un arresto quasi sempre obbligato della propria attività lavorativa, che si attua in età meno avanzata per la donna. Le numerose ricerche condotte in Italia e in tanti altri paesi del mondo sugli effetti di questa interruzione forzata hanno dimostrato che il pensionamento determina una serie di conseguenze, specie in chi non ha la possibilità culturale ed economica di impegnarsi in attività alternative. Generalmente la fase immediatamente successiva all'entrata in pensione viene vissuta in termini positivi: non si è più costretti a rispettare un orario e una disciplina, a compiere determinate prestazioni, ad adeguarsi alla volontà altrui, si può facilmente fare quello che si vuole, come si vuole. Ma dopo qualche tempo questa impressione si trasforma in una situazione di disagio, di incertezza, di depressione, per la quale anche gli svaghi un tempo desiderati perdono di significato. L'assenza di punti di riferimento fa avvertire la perdita di qualcosa di determinante: il prestigio della propria condizione lavorativa, la capacità di guadagno, la funzione di sostegno fondamentale per la famiglia. Progressivamente - e tanto più se la pensione è insufficiente - ci si sente di peso alla famiglia, mal tollerati, inutili, e si instaura spesso uno stato di disadattamento; soggettivamente, come vissuto della propria perdita di ruolo lavorativo, familiare, sociale e oggettivamente come ritiro dal contatto con gli altri, isolamento, depressione e/o irritabilità.

Il disadattamento - decisamente più grave nell'uomo, perchè la donna riassume a tempo pieno le sue funzioni di casalinga - si traduce frequentemente in disturbi di tipo emotivo e in rapido accentuarsi del proprio decadimento intellettuale. Nei casi più sfortunati - per le condizioni intrinseche dell'individuo, per la situazione familiare, per il concorrere di fattori diversi (malattia, problemi dei figli, ecc.) - il disadattamento non troverà una soluzione e si assisterà al declino progressivo di una persona; in altri casi l'individuo potrà trovare la forza e le possibilità concrete di conseguire un riadattamento alle condizioni esistenziali.

La istituzionalizzazione costituisce molte volte la conclusione obbligata del disadattamento, aggravato da problemi di assistenza e di spazio domiciliare. Essa comporta la perdita della propria autonomia esistenziale, il distacco forzato dalla propria famiglia (e talvolta anche dal proprio compagno) e dalla propria casa, l'isolamento dalla vita attiva, l'emarginazione dalla società. Questi fenomeni risultano aggravati nelle istituzioni geriatriche che non hanno saputo o voluto trasformarsi sulla base delle nuove esigenze prospettate dalle conoscenze scientifiche e dalla nuova

sensibilità sociale; il problema risulta meno drammatico, ma sempre presente, nelle istituzioni che esprimono concezioni più rispettose della dignità umana e delle necessità sanitarie, assistenziali, sociali dei singoli anziani.

La crisi da istituzionalizzazione, che determina o aggrava la condizione di disadattamento, favorendo l'insorgere o l'accentuarsi di disturbi emotivi e contribuendo ad accelerare l'involutione intellettuale appare - inversamente a quella da pensionamento - più grave nella donna e meno nell'uomo; come se per la prima lo sradicamento dalla propria abitazione determinasse una lacerazione profonda e difficilmente sanabile e per il secondo l'istituzionalizzazione comportasse una lesione meno dolorosa dopo il momento traumatico della perdita del proprio ruolo lavorativo, familiare, sociale. È certo comunque che per molte persone, soprattutto di sesso maschile, la vita in istituzione ha comportato un appiattimento verso il basso, una sorta di omogeneizzazione connessa al decadimento intellettuale; e ciò mentre loro coetanei, impegnati in una vita attiva e stimolati psichicamente anche ad età avanzata, continuano ad esprimere una personalità irripetibile, che si differenzia profondamente da tutte le altre.

Altri fattori che influenzano l'invecchiamento sono quelli legati alla struttura personale di ogni individuo, e soprattutto al suo modo di affrontare e di reagire alle difficoltà che si incontrano, alla sua capacità di accettare le trasformazioni che compaiono in rapporto alla senescenza, al suo equilibrio emotivo, al suo ottimismo o pessimismo; *alla struttura formale e alle dinamiche interpersonali della famiglia di appartenenza*, che implicano per l'anziano posizioni differenti per quanto riguarda la rilevanza, l'integrazione, la possibilità di collaborazione; *allo stile di vita* rivelato nel corso dell'età lavorativa e che darà un'impronta definitiva al comportamento nell'età senile; *alle opinioni, agli atteggiamenti, ai comportamenti* che la società dei non anziani manifesta nei confronti del vecchio, ma anche della vecchiaia e della morte, ancora oggetto di stereotipi e di pregiudizi.

Sulla base degli elementi che abbiamo descritto, risulta che l'età senile non è necessariamente l'età del disadattamento, del decadimento, della patologia, anche se un numero ancora troppo elevato di anziani presenta globalmente o parzialmente tali fenomeni. Nella fase avanzata della propria vita, alcune persone riescono a procedere nel perfezionamento della propria personalità e nell'affermare il significato culturale che in una vita frenetica e competitiva come l'attuale (e presumibilmente quella futura) può rappresentare la condizione anziana; non soltanto per il valore e la funzione della tradizione nella continuità delle generazioni, ma anche per la fantasia che sa esprimere, talvolta distaccata da un mondo sempre più tecnologicizzato ma proprio per questo svincolata dai forti condizionamenti che operano nell'età lavorativa o in grado di parlare un linguaggio particolarmente comprensibile all'infanzia: non sembri utopistica la soluzione, già sperimentata, dei nonni adottivi.

È quello della cultura anziana un significato nel quale il senso della morte non si contrappone ma si integra col senso della vita, in cui trasformazioni che si verificano col passare degli anni non devono necessariamente intendersi come i segnali sempre più ravvicinati di una persona che sta per finire, ma come l'espressione dell'individualità e unità umana che si afferma anche nei cambiamenti.

Certo, l'uomo che invecchia in un mondo che continuamente si rinnova

fa sentire ancora di più il significato di un processo che si deve intendere nella relazione con un altro processo a orientamento antitetico. Ma il valore dell'uomo che ne deriva non può avvilirsi nella situazione deprimente ed emarginante in cui troppi anziani ancora vivono.

Volendo infine sintetizzare il problema degli anziani - che sotto l'aspetto psicologico si configura essenzialmente in termini di *disadattamento* - si può affermare che l'età, come condizione predisponente al disadattamento, varia notevolmente la sua influenza in relazione a:

a) *sesso*: maggiore influenza negli uomini negli anni successivi al pensionamento; nelle donne negli anni più avanzati, e specialmente nelle molte rimaste sole, specie nelle aree urbane industrializzate. Esse frequentemente lamentano tale solitudine, denunciano cattive condizioni di salute, si autoescludono - quando non sono già di fatto escluse - dalla vita sociale;

b) *località di residenza*: maggiore influenza nelle grandi città industriali rispetto ai piccoli centri e soprattutto alla campagna. Dalla documentazione raccolta nel 1988 dal Servizio studi del Senato - Ufficio ricerche nel settore sociale - su «L'assistenza agli anziani. Esperienze nazionali a confronto» risulta come dato comune a vari paesi che nelle aree urbane la maggior parte degli anziani erano in pensione, mentre in quelle rurali svolgevano un'attività lavorativa anche i gruppi di età più avanzate;

c) *livello culturale e professionale*: influenza inversamente proporzionale. Dalla ricerca sopra ricordata, appare che nella grande maggioranza degli anziani è modesto il livello di istruzione di base e professionale. Si sottolinea anche che, sebbene il livello generale di istruzione e di preparazione professionale dell'anziano sia destinato nel futuro a migliorare, è evidente che entro l'anno 2000 la maggior parte degli anziani sarà ancora costituita da persone con un grado di istruzione relativamente basso e con un passato di lavoro manuale o agricolo, ma non più attivamente occupate;

d) *livello economico e ruolo sociale*: influenza inversamente proporzionale. Sempre dalla ricerca citata risulta che le grandi variazioni registrate nel modo di vivere individuale fra le popolazioni esaminate suggeriscono che le tradizioni culturali e le condizioni socio-economiche, piuttosto che l'invecchiamento di per sé, incidono in modo decisivo nel determinare gli interessi ed i comportamenti dell'anziano;

e) *atteggiamenti sociali prevalenti verso la vecchiaia e verso la morte*: influenza diretta e rilevante.

3. *L'adattamento all'età senile*

I fattori sopra elencati interferiscono reciprocamente così che non è sempre agevole isolare l'azione da ciascuno esercitata; ad essi si associano con risultati differenti fattori economici, familiari, sanitari, caratterologici, intellettivi.

I fattori che scatenano il disadattamento variano notevolmente da individuo a individuo. Schematicamente, essi possono ricondursi a due gruppi principali, che interferiscono fra di loro:

a) fattori intrinseci, fra i quali è da ricordare soprattutto la malattia, che, dopo una certa età, viene considerata come una caratteristica stabile di una persona;

b) fattori estrinseci, fra i quali ha grandissima importanza la cessazione obbligatoria dell'attività lavorativa per l'uomo, l'allontanamento dall'ambito familiare ed il ricovero per la donna.

La conservazione dell'adattamento o il suo ricupero successivo a una fase di disadattamento si attuano nell'anziano mediante meccanismi che variano da individuo a individuo, in rapporto alle condizioni socio-culturali, al sesso, alla struttura della personalità, alla storia individuale.

Tali meccanismi comprendono:

a) meccanismi a livello cosciente, che comportano un diretto attacco al problema (per es., ricerca di un'altra sistemazione dopo la cessazione della convivenza con i figli);

b) meccanismi a livello preconscious, come il «trasferimento» (per es., passaggio da un lavoro mentale ad uno manuale o viceversa), la sublimazione (per es., ricerca di attività organizzative od assistenziali), la proiezione (per es., attribuzione agli altri o alle circostanze delle responsabilità dei propri errori o insufficienze), la generalizzazione (per es., attribuzione a tutti gli altri coetanei delle insufficienze personali), la razionalizzazione (per es., svalutazione delle attività che si sono dovute abbandonare);

c) meccanismi a livello inconscio (per es., progressivo distacco affettivo dalle precedenti abitudini della propria vita; abbassamento del proprio livello di aspirazione).

I meccanismi preconscious operano in rapporto al fallimento di quelli coscienti; i meccanismi inconsci in rapporto al fallimento di quelli preconscious. Il disadattamento è una condizione particolarmente frequente nell'età senile e prelude ad una certa forma di riadattamento, di significato psicologico e funzionale assai differenziato.

Una serie di indagini dimostrano come l'adattamento all'età senile sia attuabile solo mantenendo, per quanto possibile, le attività e le condizioni ambientali proprie all'età adulta. Queste indagini hanno condotto Havighurst e Albrecht (3) a formulare la «teoria dell'attività»: l'adattamento, specie soggettivo, all'età senile è in funzione dello svolgimento di attività che implicano la conservazione di determinati ruoli sociali. A questa teoria si oppone quella del «disimpegno» introdotta da Cumming, Udell e Dean, (4), secondo la quale le persone adattate all'età senile trovano il modo di ritirarsi progressivamente dalle attività che implicano un ruolo sociale e di ridurre il loro impegno nella vita.

La polemica fra queste due teorie è in pieno svolgimento, anche se taluni autori, come S. Reichard, sono propensi a considerare la possibilità che l'adattamento all'età senile si realizzi con meccanismi diversi (di attività o di disimpegno) a seconda della dinamica personale di ciascun individuo: «non esiste un'unica formula per il buon adattamento: ogni individuo deve trovare la formula che più soddisfa i suoi bisogni». D'altra parte, schemi di comportamento simili su di un piano esteriore possono soddisfare bisogni differenti, e viceversa.

Oltre che condividere pienamente le affermazioni sopra riportate, accettando, quindi, il ruolo assegnato alla dinamica personale, ritengo di

(3) Si veda di HAVIGHURST R. J., *L'invecchiare con successo* in «Longevità», 1960, n. 6.

(4) Si veda di LEHR J., *Psicologia degli anziani*, ESI, Torino 1979.

dover sottolineare come la tendenza verso l'attività o verso il progressivo distacco da essa sia anche notevolmente influenzata dalla struttura e dalla dinamica sociale. Anche la teoria del *disengagement* sostiene che la genesi di tale tendenza è intrinseca a ciascun individuo: orbene, quando il ritiro dall'attività lavorativa, quando l'allontanamento da certi ruoli vengono imposti estrinsecamente, si comprende come, anche se l'individuo tendesse progressivamente a raggiungerli, si possa creare in lui un meccanismo reattivo opposto a quello del *disengagement*, sulla base di una frustrazione apparentemente paradossale connessa alla comparsa di un ostacolo non al raggiungimento di un fine ma al realizzarsi spontaneo di una tendenza. Può essere questo il motivo per cui nella popolazione da me esaminata l'adattamento oltre i 70 anni di età risulta dipendente dalla possibilità di continuare a svolgere quell'attività lavorativa che ha impegnato l'uomo per la massima parte della sua vita. Tuttavia, dopo i 77-78 anni, i vecchi ricoverati in istituto hanno mostrato di conseguire un riadattamento, in funzione essenzialmente di un meccanismo di *disengagement*. Dobbiamo, quindi, ritenere che tendenza all'attività e tendenza al distacco siano entrambe esclusive di una data fase della vita e si susseguano cronologicamente? Questo non si sembra sostenibile anche sulla base dei dati forniti da molti autori, per i quali la tendenza al *disengagement* si mette in evidenza già al quarantesimo anno di vita. Molto più suggestiva e giustificata mi sembra un'altra interpretazione secondo la quale la tendenza all'*activity* e quella al *disengagement* coesistono sempre in ogni individuo, in ogni fase della sua vita, sono inversamente proporzionali e legate da un'interazione funzionale che, a seconda dei rapporti dinamici delle due tendenze, determinerà una condotta esteriore attiva o distaccata: in certi uomini così come in certe circostanze una delle tendenze ha maggiore probabilità di influenzare il comportamento, anche se fra le due è sempre in atto un gioco d'azione e reazione. E un impedimento al realizzarsi dell'una o dell'altra tendenza può determinare l'insorgenza del disadattamento.

Il disadattamento all'età senile viene secondo questa formulazione considerato la conseguenza di un blocco - di natura intrinseca, per una inadeguata strutturazione personale, ovvero estrinseca, per un'azione di carattere sociale - che impedisce che l'interazione dinamica fra tendenza all'attività e tendenza al distacco evolva in un senso favorevole all'equilibrio dei soggetti.

Si sottolinea, pertanto, l'opportunità che la società eviti di imporre all'anziano tanto l'inattività quanto un tipo uniforme di attività, tanto l'isolamento quanto l'inserimento in un gruppo prestabilito; la necessità che lo metta nelle condizioni di sviluppare le sue tendenze individuali, di utilizzare le funzioni psichiche e le attitudini che presentano in lui un maggior rilievo e che in tal modo potranno conservarsi e talora anche continuare a perfezionarsi in età molto avanzata, di esprimere i suoi bisogni sociali nei termini e secondo le tendenze che gli sono proprie; l'esigenza che sia rispettata l'autonomia dell'anziano e favorita la sua collaborazione responsabile alle decisioni che lo riguardano, che sia evitata ogni soluzione paternalistica e condannata ogni iniziativa che si proponga di accentuare il ruolo e lo stato psicologico di dipendenza del vecchio.

Le iniziative da prendere sono certamente complesse, perchè non possono contrapporsi alle iniziative a favore dei giovani, ma devono rientrare in un disegno unitario a favore della dignità umana. Rispetto a tali iniziative possono essere qui indicati solo alcuni aspetti a mio parere irrinunciabili.

È innanzitutto da rilevare che il processo di invecchiamento si attua in modo notevolmente differenziato e che estremamente variabili sono le caratteristiche psico-fisiche di anziani coetanei, con vite diverse alle loro spalle; così, se è possibile definire in termini generali le caratteristiche fisiche e quelle psichiche del bambino di 3 anni, non è assolutamente pensabile pretendere di precisare analoghe caratteristiche per un vecchio di 75 anni. Non esiste la vecchiaia, ma ci sono tante persone che invecchiano in modi sempre diversi e destinati a differenziarsi sempre più; se questo non avviene, se si assiste per alcuni gruppi di anziani ad una progressiva omogeneizzazione, questa è segno di una patologia indotta da determinate condizioni, come quella connessa alla istituzionalizzazione in strutture inadeguate e anacronistiche.

La variabilità «fisiologica» delle persone anziane comporta la scorrettezza di qualunque soluzione unitaria prospettata come se gli anziani fossero una popolazione omogenea e la necessità di adottare soluzioni multiple ai problemi dei singoli anziani.

Si dovrà peraltro riconoscere l'inutilità di soluzioni ricercate per i vecchi più fortunati - per censo, capacità, condizioni di salute - e l'opportunità di impegnarsi a vantaggio dei meno fortunati, che sono purtroppo anche i più numerosi.

In secondo luogo ogni soluzione dovrà considerare i problemi dell'anziano inteso come persona - nei suoi aspetti fisici, psicologici e sociali - e non limitarsi ad affrontare una parte di tali problemi. Ciò significa che la necessità di mantenere per lui un buon livello di salute fisica non può far ignorare l'esigenza di rispondere ai suoi bisogni psicologici, a quelli della sua famiglia, delle sue relazioni sociali. Per quanto riguarda l'aspetto fisico, è importante evitare un pericoloso fatalismo e la tendenza inaccettabile a considerare ingiustificato un impegno finanziario a favore di chi avrà da vivere ancora per un periodo relativamente breve: dovrà essere al contrario realizzata ogni soluzione diagnostica, terapeutica e soprattutto riabilitativa di cui si rileverà l'opportunità da parte di personale sanitario adeguatamente preparato. Quanto all'aspetto psicologico, dovrà essere considerata la particolare precarietà emotiva della condizione anziana, il pericolo dell'instaurarsi di un disadattamento che a questa età si esprime più facilmente in senso depressivo, la peculiarità che caratterizza ogni singola persona, con le sue speranze e le sue preoccupazioni, le sue certezze e i suoi dubbi, i suoi aspetti positivi e quelli di significato critico: ciò al fine di individuare gli interventi più efficaci per migliorare l'equilibrio psichico. Per ciò che concerne gli aspetti familiari e sociali, è necessario favorire ogni soluzione che consenta all'anziano di restare all'interno della sua famiglia, nella sua casa, nel suo ambiente di relazioni sociali e nel contempo intervenire anche su chi vive a contatto con lui perchè lo rispetti come persona e lo aiuti a soddisfare le sue esigenze.

Un terza avvertenza: ogni soluzione dovrà essere presentata e discussa con l'anziano, mai imposta. E ciò non soltanto per salvaguardare un diritto della persona, ma anche perchè ogni provvedimento unicamente subito, senza conoscerne in precedenza le caratteristiche e senza poterne discutere le modalità, determina una reazione di opposizione, di rifiuto. Così come, peraltro, conseguenze negative determinano spesso anche quei provvedimenti conosciuti - quale per esempio il pensionamento - che riguardano intere categorie di persone. È interessante rilevare come in alcuni paesi si sia

già data ai singoli individui l'opportunità di decidere l'anno del proprio pensionamento, all'interno di una gamma di possibilità relativamente ampia.

I programmi per migliorare la condizione umana delle persone anziane che abbisognano di interventi devono essere in termini generali tali da consentire a ciascuno di svolgere, dopo il suo pensionamento, un'attività che sia corrispondente alle sue attitudini, ai suoi interessi, alle sue possibilità; che sia socialmente riconosciuta, che consenta un'integrazione sociale con gli altri, che sia tale da favorire l'autonomia e la stimolazione delle proprie attività psichiche.

Ma, in previsione anche della considerevole crescita negli anni futuri della popolazione anziana, è essenziale che si programmi un'azione preventiva, volta a ridurre per quanto possibile il numero dei futuri vecchi per i quali sarà necessario un intervento della comunità. Questa azione dovrà occuparsi dell'uomo dalle prime fasi della sua vita e proseguire fino alle soglie della terza età. Il programma sarà innanzitutto rivolto all'ambito sanitario, nei confronti di tutti quei fattori che possono alterare l'equilibrio psicofisico e creare le premesse per una vecchiaia problematica; esso contemplerà peraltro anche gli aspetti educativi e culturali, sia per dare a ciascun italiano una elevata formazione di base - premessa indispensabile alla ricerca di soluzioni alternative dopo il pensionamento - sia per fornire gli elementi di conoscenza essenziali sull'organismo che si trasforma con l'età e sulle precauzioni da osservare per facilitare un corretto evolversi del processo di accrescimento e di quello di senescenza, che su di esso si inserisce senza soluzione di continuità. Ma il programma dovrà prevedere anche aggiornamenti sistematici rivolti all'opinione pubblica sulle continue acquisizioni scientifico-sociali, così da contribuire a eliminare gli stereotipi e pregiudizi che ostacolano e possono compromettere gli interventi a favore della terza età.

Un ultimo aspetto da sottolineare è quello relativo alla ricerca. Si è più volte rilevato come, in un mondo in continua trasformazione, anche gli uomini si modificano nei loro comportamenti, nelle loro opinioni, nei loro atteggiamenti, in modo tale che le indicazioni su problemi umani raccolte in determinati anni da determinate popolazioni non coincidono mai con quelle desunte in anni precedenti da popolazioni diverse. Queste conclusioni, tratte per esempio nei riguardi delle popolazioni infantili, diventano ancora più significative quando ci si riferisce agli anziani, tanto sensibili e influenzati dalle condizioni ambientali in cui vivono e dalle situazioni economiche, sanitarie e sociali nelle quali si è svolta e si svolge la loro esistenza. Le indicazioni rilevate da studi su persone che erano ultrasessantacinquenni o ultrasettantacinquenni anche solo pochi anni fa non valgono pertanto necessariamente per chi raggiunge tali livelli di età negli anni attuali.

Ne deriva quindi la necessità dello svolgimento continuativo di programmi di ricerca volti ad esaminare le varie dimensioni in cui si articolano i problemi dell'anziano, così da poter fornire ai responsabili della politica sociale - ma anche a tutta la popolazione - informazioni precise sulle caratteristiche che i problemi assumono a una certa data in una determinata realtà umana.

In questa ottica, anche in Italia dovranno essere programmati, accanto a ricerche statistiche ed epidemiologiche di tipo trasversale, studi a carattere longitudinale, che hanno già fornito in altri paesi risultati di notevole portata,

consentendo di rivedere conclusioni ritenute in precedenza come indiscutibili. I programmi in questione porteranno a registrare e valutare le modificazioni che intervengono in funzione dell'età non soltanto estrapolandole dai dati statistici relativi a campioni differenti per livello cronologico, ma anche esaminandole e misurandole per un certo numero di anni in individui sistematicamente controllati. Sulla base di questi dati risulterà anche più agevole proporre le soluzioni più efficaci e più adeguate per ogni persona o gruppo di persona.

La ricerca sistematica e continuativa permetterà un aggiornamento progressivo delle necessarie premesse per affrontare in termini ottimali le esigenze evidenziate.

ESIGENZE E ASPETTATIVE DEGLI ANZIANI AUTOSUFFICIENTI

di Alessandro FRANCHINI

Il periodo pensionistico

L'entrata nel periodo del pensionamento non deve comportare la cancellazione del «codice genetico» relativo alla attività lavorativa svolta precedentemente, sia perchè rappresenta un patrimonio vitale di conoscenza ed esperienza, comunque di grande valore, sia al fine di orientare in modo mirato le politiche di reimpiego degli anziani.

L'indagine della Banca d'Italia formula una domanda specifica relativamente a questo aspetto.

Dalle risposte fornite da 3.133 individui interessati emerge un quadro significativo relativamente al settore di attività economica ed alla qualifica precedenti il pensionamento.

A proposito del primo quesito risulta la seguente distribuzione in percentuale delle risposte.

SETTORE PRECEDENTE IL PENSIONAMENTO	Percentuale
Agricoltura	22,7
Industria	34,1
Pubblica amministrazione e Servizi pubblici	25,4
Altri settori	17,8
TOTALE . . .	100,0

Come si può constatare, la componente di percettori di pensione provenienti dall'agricoltura è ancora molto elevata, mentre il settore terziario rappresenta complessivamente il 43,2 per cento con una netta prevalenza della pubblica amministrazione e dei servizi pubblici.

Nel futuro questa composizione si modificherà a favore del settore terziario privato, mentre si ridimensionerà la quota di chi proviene dall'agricoltura.

Questa evoluzione porterà a privilegiare le attività di servizio che potranno essere svolte da persone anziane in modo responsabile ed a livelli qualitativi molto elevati, non essendo più collegati ad un lavoro manuale per il quale sono richieste determinate caratteristiche psico-fisiche proprie di altre classi di età.

L'offerta di opportunità di impiego dovrà pertanto orientarsi verso questa dimensione di valorizzazione e gratificazione delle capacità professio-

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

nali di chi ha operato nei diversi comparti del terziario, individuando sbocchi congruenti alla esperienza maturata.

L'analisi della distribuzione degli intervistati per quanto riguarda la qualifica ricoperta precedentemente il pensionamento conferma come la relativa struttura professionale rispecchi un ciclo economico diverso da quello attuale.

QUALIFICA PRECEDENTE IL PENSIONAMENTO	Percentuale
Operaio	54,1
Impiegato	16,8
Impiegato direttivo	2,7
Insegnante	4,1
Dirigente	1,7
Libero professionista	0,7
Imprenditore	0,3
Altro lavoratore autonomo	19,6
TOTALE ...	100,0

Come si può vedere, predominano le qualifiche professionali medio-basse nel lavoro dipendente ed in quello autonomo, mentre risulta ancora poco rappresentato, nel complesso, il lavoro autonomo rispetto alle trasformazioni in atto nella struttura del mercato del lavoro e dell'economia.

Questa articolazione è rispecchiata dall'ammontare medio delle pensioni percepite mensilmente nel corso dell'anno 1987, distribuito sempre in funzione del settore e della qualifica precedenti il pensionamento.

PENSIONE MENSILE MEDIA 1987 PER SETTORE DI ATTIVITÀ

SETTORE ATTIVITÀ	Pensione mensile media (in migliaia di lire)
Agricoltura	450,9
Estraz. comb.	974,7
Energia elett.	1.005,5
Ind. estrattive	789,0
Ind. manifatt. met.	769,1
Ind. manifatt. alim.	598,2
Ind. costr.	592,6
Commercio	556,3
Rip. beni cons.	521,7
Trasporti	909,0
Credito	1.097,8
Serv. imprese	561,0
Pubb. Amministrazione	967,5
Servizi pubblici	715,2
TOTALE ...	666,5

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

PENSIONE MENSILE MEDIA 1987 PER QUALIFICA

QUALIFICA	Pensione mensile media (in migliaia di lire)
Operaio	603,6
Impiegato	913,1
Impiegato direttivo	1.095,0
Dirigente	1.443,1
Insegnante	980,9
Libero professionista	622,6
Imprenditore	801,1
Altro autonomo	454,3
TOTALE ...	667,8

Il dato della pensione media mensile può essere letto con maggiore puntualità relativamente alle diverse tipologie di pensione a seconda dei diversi enti erogatori.

Rispetto ad un valore medio di 601.800 lire (che si differenzia dai valori precedentemente riportati per effetto del cumulo di più pensioni) osserviamo come la pensione media mensile INPS-vecchiaia sia pari a quasi 637.000 mentre quella erogata dallo Stato, sempre per vecchiaia, è di 968.000 lire e quella del Tesoro risulta di 978.000; quest'ultima in assoluto è la più elevata.

PENSIONE MENSILE MEDIA 1987 PER ENTE EROGATORE

TIPO PENSIONE	Pensione mensile media (in migliaia di lire)
INPS-vecchiaia	636,9
INPS-invalidità	450,5
INPS-reversibilità	469,9
INPS-sociale	336,4
Stato-vecchiaia	968,1
Stato-invalidità	395,6
Stato-reversibilità	585,3
Stato-guerra	469,4
Tesoro-vecchiaia	978,6
Tesoro-invalidità	700,0
Tesoro-reversibilità	586,2
INAIL	381,7
Altro	724,2
TOTALE ...	601,8

Volendo riportare l'ammontare delle pensioni alle diverse classi di età dei percettori, possiamo innanzitutto constatare come il 29,4 per cento sia compreso in una fascia di età inferiore ai 60 anni, il 52,6 per cento tra i 61 e i 75 anni ed il 18 per cento si trovi nella classe oltre i 75 anni.

L'importo percepito nel 1987 varia intorno alle classi di età 61-65 anni, dove si registra l'importo più elevato di 681.500 lire, che decresce sia verso le classi inferiori che verso quelle superiori.

La segmentazione effettuata utilizzando classi di età quinquennali risulta più precisa rispetto alle tradizionali partizioni, in quanto consente di individuare le specifiche condizioni dei diversi soggetti, al di là del prolungamento dell'età media, che in questi ultimi decenni si è sensibilmente elevata

PENSIONE MENSILE MEDIA 1987 PER CLASSI DI ETÀ

ETÀ IN CLASSI	Pensione mensile media (in migliaia di lire)	Percentuale di percettori
Fino a 40 anni	513,0	8,5
41-45 anni	544,4	1,8
46-50 anni	578,0	2,6
51-55 anni	630,1	4,9
56-60 anni	660,4	11,6
61-65 anni	681,5	18,9
66-70 anni	658,7	19,3
71-75 anni	600,9	14,4
76-80 anni	588,8	11,2
81-85 anni	530,7	4,5
86-90 anni	525,4	1,9
91-95 anni	464,3	0,4
Oltre i 96 anni	385,0	-
TOTALE	620,1	100,0

La propensione a svolgere una attività lavorativa emerge anche da altre indagini recenti di taglio più qualitativo, come quella svolta dal CENSIS su di un campione tra i 30 ed i 60 anni di età, cioè tra individui che si apprestano ad andare in pensione o stanno programmando il proprio futuro a medio/lungo termine

L'idea che il pensionamento comporti ineluttabilmente un ridimensionamento dello stile di vita, con particolare riguardo al livello dei consumi, risulta ormai in larga misura superata; non si è più disposti a scendere lungo la scala del benessere, a rinunciare agli agi acquisiti nell'età lavorativa

Il 46,1 per cento degli intervistati, infatti, pensa che il livello dei consumi dopo il pensionamento non si abbassi ed il 6,1 per cento che addirittura sia più elevato rispetto al periodo lavorativo

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

IL LIVELLO DEI CONSUMI PRIMA E DOPO LA PENSIONE

LIVELLO DEI CONSUMI	Percentuale
Maggiore durante il periodo lavorativo	47,8
Maggiore durante il periodo post-lavorativo	6,1
Non esiste differenza tra i due periodi	46,1
TOTALE . . .	100,0

Fonte: Indagine Censis-Interbancaria

Di conseguenza il pensionamento non è più visto come morte civile, come fase di «parcheggio terminale» dopo il «percorso lavorativo», ma come un'occasione per recuperare ed esprimere, con più comodo, esigenze precedentemente trascurate, approfittando della maggiore libertà che la nuova condizione offre (per il 50,5 per cento degli intervistati andare in pensione corrisponde, appunto, alla conquista di una maggiore libertà personale).

COME GLI ITALIANI VEDONO IL PERIODO DELLA PENSIONE

OPINIONI	Percentuale
Maggiore libertà personale derivante dalla cessazione dell'attività lavorativa	50,5
Possibilità di dedicare maggiore tempo alla famiglia	33,9
Possibilità di dedicarsi ai propri hobbies	32,3
Possibilità di viaggiare più liberamente	23,8
Possibilità di ripensare alla propria vita e riposarsi	14,3
Senso di noia ed inutilità derivante dalla cessazione dell'attività lavorativa	6,5
Perdita dei contatti con la società	6,3
Possibilità di curare meglio la salute	4,7
Mancanza di solidarietà della famiglia e dei figli	0,6
Altro	2,5

Il totale è diverso da 100 perchè erano consentite più risposte

Fonte: Indagine Censis-Interbancaria

Il futuro pensionato si prospetta piacevoli attività alternative:

- dedicare più tempo alla famiglia (33,9 per cento dei soggetti);
- coltivare i propri hobbies (32,3 per cento);
- viaggiare (23,8 per cento).

Solo il 6,5 per cento degli intervistati prevede di venire sopraffatto dalla noia, una volta in pensione, mentre una quota ancora più bassa (6,3 per cento) teme l'isolamento sociale.

In sostanza, quindi, il momento della pensione non è temuto, ma atteso; a tal punto che in parecchi casi lo si vorrebbe anticipare rispetto all'età canonica del pensionamento.

In media l'età del pensionamento auspicata si aggira intorno ai 58 anni

Più precisamente:

- il 33,8 per cento degli intervistati desidera andare in pensione prima dei 56 anni (il 4,9 per cento prima dei 40 anni ed il 13,7 per cento fra i 40 ed i 50);
- il 36,5 per cento fra i 56 ed i 60 anni;
- il 22,9 per cento fra i 61 ed i 65 anni;
- il 5,4 per cento dopo i 65 anni

A CHE ETÀ VORREBBE ANDARE IN PENSIONE

ETÀ DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA ATTUALE	Percentuale
Prima dei 40 anni	4,9
40-50 anni	13,7
51-55 anni	15,2
56-60 anni	36,5
61-65 anni	22,9
Dopo i 65 anni	5,4
Non specificata	1,4
TOTALE	100,0

Età media 58 anni

Fonte Indagine Censis-Interbancaria

Evidentemente per mantenersi allo stesso livello dei consumi, il futuro pensionato non può fare affidamento esclusivamente sulla pensione, specie se intende ritirarsi precocemente dall'attività lavorativa attuale.

Nasce così l'esigenza, espressa dal 26,5 per cento degli intervistati, di far coincidere il pensionamento con l'inizio di una nuova attività lavorativa.

Questo fenomeno, destinato a espandersi, contribuirà, fra l'altro, a delineare un nuovo mercato del lavoro, dove i soggetti, mettendo a frutto il know-how acquisito nella prima parte della vita lavorativa, si impegneranno in una serie di rapporti professionali tendenzialmente sganciati dal vincolo della subordinazione.

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tra quanti intendono intraprendere una nuova attività lavorativa si manifesta infatti la netta tendenza alla professionalizzazione o, in ogni caso, alla gestione autonoma del proprio lavoro:

TIPOLOGIA DELLA NUOVA ATTIVITÀ LAVORATIVA	Percentuale
Dipendente	4,1
Part-time	14,3
Imprenditoriale	5,6
Commerciale	11,3
Professionale	43,2
Artigianale	5,6
Altro tipo	15,9
TOTALE . . .	100,0

Fonte: Indagine Censis-Interbancaria

- il 43,2 per cento svolgerà una qualche attività professionale;
 - il 38,4 per cento cercherà un altro tipo di lavoro autonomo;
 - solo il 18,4 per cento intende svolgere un'attività dipendente, a tempo pieno (4,1 per cento), ma soprattutto part-time (14,3 per cento).

Il 60,2 per cento degli intervistati ritiene che gli attuali livelli di pensione non consentano di mantenere uno stile di vita consono alle proprie esigenze. Solo il 18,9 per cento è di avviso contrario, mentre il 20,9 per cento non sa giudicare.

Benchè il lavoro sia considerato la più solida fonte di sicurezza economica, anche in prospettiva, tuttavia non rappresenta l'unico mezzo con cui gli intervistati prevedono di far fronte alle proprie necessità future, ma si inserisce in un più ampio progetto economico-finanziario individuale incentrato sul principio generale dell'integrazione delle fonti di reddito.

COME GARANTIRSI LA SICUREZZA ECONOMICA NEL FUTURO

STRUMENTI	Percentuale
L'acquisto di immobili	31,8
La pensione	34,9
Il risparmio bancario	14,9
L'acquisto di titoli	15,5
I contratti di risparmio assicurativo	17,0
Le gestioni finanziarie	29,5
Il proprio lavoro	48,1
Altro	2,1

Il totale è diverso da 100 perchè erano consentite più risposte

Fonte: Indagine Censis-Interbancaria

La tutela attiva del futuro è infatti affidata ad un *mix* intelligente di attività diverse, volte a garantire la sicurezza economica: accanto a fonti di reddito più tradizionali (come la pensione ed il possesso di immobili), emergono, in particolare, attività dirette alle gestioni finanziarie (29,5 per cento) ed al risparmio assicurativo (17,0 per cento). Specie il dato relativo alle gestioni finanziarie rivela una tendenza che si sta rapidamente diffondendo: chi ha imparato a guadagnare nel breve periodo tende a cercare soluzioni analoghe a quelle già praticate con successo anche in previsione dell'uscita dal mondo della produzione.

È significativo rilevare come risulti elevata - il 48,1 per cento - la percentuale di risposte che affidano al «proprio lavoro» una funzione strategica nella formazione del reddito ritenuto necessario nel periodo del pensionamento.

Un ruolo importante viene affidato anche ai sistemi di previdenza integrativa, che nel nostro paese stanno conoscendo solo recentemente uno sviluppo analogo a quello che si registra nelle altre nazioni.

Nel giudizio degli intervistati prevale la tendenza a combinare il trattamento pubblico con quello privato al fine di realizzare un *mix* personalizzato ed adeguato in grado di soddisfare le attese di reddito durante il periodo pensionistico.

È una minoranza (28,6 per cento) quella dei nostalgici degli enti previdenziali di categoria.

LE FINALITÀ DELLA PREVIDENZA INTEGRATIVA

FINALITÀ	Percentuale
Garantire a ciascuno la gestione personalizzata del proprio futuro .	40,0
Integrare il reddito fino al 100% dello stipendio percepito nell'età lavorativa	31,9
Garantire la sicurezza futura del pagamento della pensione	26,2
Razionalizzare il sistema pensionistico	21,1
Sollevere lo Stato dal pagamento delle pensioni	8,3
Altro	1,1

Il totale è diverso da 100 perchè erano consentite più risposte

Fonte: Indagine Censis-Interbancaria

Il possesso di immobili e le condizioni abitative

Nel 65,5 per cento dei casi le famiglie con capofamiglia di età superiore ai 65 anni sono proprietarie della abitazione nella quale vivono.

La percentuale di anziani che si trovano in affitto è pari al 21,7 per cento, percentuale nettamente inferiore al valore medio nazionale del 30,2 per cento.

L'affitto medio pagato dagli anziani è di 1.874.000 lire all'anno - corrispondente ad un canone mensile di 156.000 lire - con una incidenza media sul reddito del 9,6 per cento.

Su scala nazionale il canone annuo medio è di 2.633.000 lire e l'incidenza media sul reddito risulta del 10,2 per cento.

La più contenuta incidenza, in termini assoluti e relativi, del canone discende principalmente dalle condizioni stesse del patrimonio abitativo offerto in affitto agli anziani, che presenta diffuse situazioni di degrado anche per la scarsa convenienza da parte dei proprietari ad effettuare i necessari investimenti.

Anche per quanto riguarda le abitazioni godute in proprietà dagli ultrasessantacinquenni il loro valore, stimato dagli intervistati, risulta inferiore per più di venti milioni al corrispettivo valore medio nazionale.

Abbiamo infatti per la modalità esaminata un valore di circa 76 milioni, mentre a livello nazionale compare un valore medio della abitazione in proprietà di quasi 98 milioni.

Possiamo quindi affermare che, in generale, le abitazioni godute in proprietà o in affitto da famiglie con capofamiglia ultrasessantacinquenne si trovano, rispetto alle altre, in condizioni manutentive e generali peggiori, soprattutto a causa di una minore disponibilità di reddito che non permette di far fronte alle spese necessarie per lavori di ristrutturazione.

L'esistenza di queste condizioni abitative impone l'adozione da parte del soggetto pubblico di politiche puntuali di intervento - tramite contributi in conto capitale o in conto interessi - volte a riadeguare lo *standard* abitativo e dei servizi.

Parallelamente dovrebbe essere favorita, soprattutto sul piano fiscale, la possibilità di operare frazionamenti di immobili di grandi dimensioni, non più proporzionati alle esigenze del nucleo familiare, ovvero andrebbe incentivata la mobilità abitativa, al fine sempre di raggiungere condizioni di utilizzo del patrimonio abitativo più equilibrate.

Si tenga conto che, nella struttura della ricchezza reale delle famiglie, la quota rappresentata dagli immobili corrisponde, per i capifamiglia ultrasessantacinquenni, al 93,4 per cento, contro un valore medio nazionale del 1182,5 per cento.

Sempre per gli stessi capifamiglia gli investimenti in aziende ammontano al 3,8 per cento (valore nazionale: 14,0 per cento) e la quota in oggetti di valore costituisce il 2,8 per cento.

La componente immobiliare è quindi predominante nella formazione della ricchezza degli anziani.

Infatti, oltre al 65,9 per cento che possiede l'abitazione dove vive (valore medio nazionale: 61,8 per cento), abbiamo il 7,4 per cento che possiede anche altre abitazioni - generalmente concesse in locazione per ricavarne un reddito integrativo della pensione - il 4,8 per cento che possiede altri fabbricati non residenziali ed, infine, una percentuale, elevata, del 13 per cento che possiede terreni agricoli e non agricoli.

Procedendo ad una analisi più segmentata per classi di età, notiamo come la percentuale di proprietari dell'abitazione dove vive la famiglia passi dal 60 per cento della classe 61-65 anni al 60,7 per cento di quella 66-70 anni, al 65,9 per cento di quella 71-75 anni, al 70,5 per cento di quella compresa tra 76 ed 80 anni.

Queste variabili di natura quantitativa devono essere necessariamente integrate da altre considerazioni di taglio più squisitamente qualitativo.

Innanzitutto occorre tener presente un fattore di radicamento nel proprio territorio, dove si è consolidato un sistema di abitudini e di relazioni,

che deve essere preso in considerazione per quanto riguarda sia gli anziani autosufficienti che quelli non autosufficienti.

Questa considerazione spinge nella direzione del mantenimento delle attuali residenze, intervenendo con aiuti pubblici per sostenere i lavori di manutenzione ed integrando con un apposito fondo sociale la capacità di reddito dei meno abbienti che non possono affrontare un canone di affitto troppo elevato.

Anche l'ipotesi prima formulata del frazionamento di abitazioni troppo grandi - la dimensione media è di circa 100 mq - potrebbe contribuire ad incrementare nel patrimonio esistente una offerta abitativa aggiuntiva.

Sempre relativamente alla popolazione in affitto possono essere introdotti meccanismi incentivanti a favore del proprietario che ha come locatario una persona anziana.

Sembrano da escludere le proposte che riservano agli anziani delle quote residenziali in termini di mini-appartamenti nei nuovi quartieri di edilizia popolare, salvo che non venga richiesto espressamente per garantire il ricongiungimento con i figli o con altri parenti nello stesso quartiere.

Per quanto riguarda la realizzazione di *residenze speciali per gli anziani*, soprattutto le cosiddette case protette, può essere avanzata l'ipotesi di utilizzo parziale dei vasti patrimoni demaniali situati nelle zone centrali della città per i quali sono in atto o programmate operazioni di trasformazione.

Le attività finanziarie

Anche per quanto riguarda le attività finanziarie riscontriamo una situazione caratterizzata nelle linee generali da una certa diffusione di queste forme di investimento anche tra i capifamiglia ultrasessantacinquenni.

Analizzando infatti il dato generale, rispetto ad un 29,8 per cento che non detiene attività finanziarie, abbiamo il 69,6 per cento che possiede depositi bancari o postali, il 16 per cento che detiene titoli di Stato ed il 3,3 per cento che ha investito in altri titoli.

I corrispettivi valori a livello nazionale sono pari al 18,7 per cento (nessuna attività finanziaria) all'80,5 per cento (depositi bancari e postali), al 18,8 per cento (titoli di Stato) ed al 6,4 per cento (altri titoli).

Per quanto riguarda i servizi bancari e postali utilizzati dalle famiglie con capofamiglia ultrasessantacinquenne, il 21,2 per cento è cliente del sistema postale ed il 55,7 per cento si serve invece del sistema bancario.

Tra le banche più utilizzate emergono le Casse di Risparmio, con il 30,7 per cento di clienti anziani.

Per quanto riguarda le attività finanziarie possedute si può entrare in un dettaglio maggiore come risulta dal seguente schema.

ATTIVITÀ FINANZIARIE POSSEDUTE	Percentuale di famiglie con capofamiglia di oltre 65 anni
Depositi bancari in conto corrente	33,6
Depositi bancari a risparmio	35,8
Depositi postali e buoni fruttiferi	22,0
BOT	14,2
CCT	6,7
Altri titoli di Stato	1,5
Obbligazioni	1,0
Azioni	1,7
Fondi Comuni	2,4

Come si può vedere prevalgono le forme di investimento più tradizionali e soprattutto i depositi postali ed i buoni fruttiferi. Sul piano delle proposte sarebbe opportuno prevedere a favore degli anziani che detengono attività finanziarie un programma particolare di assistenza nell'espletamento delle diverse operazioni, tenuto conto delle difficoltà che possono insorgere nella gestione soprattutto degli strumenti più complessi.

Per quanto riguarda il sistema bancario sono stati introdotti condizioni generali di trasparenza, ma sarebbe comunque opportuno svolgere una azione specifica di aiuto e consulenza per gli anziani, prevedendo offerte specifiche e riservando, se possibile, particolari fasce di orario e particolari sportelli allo svolgimento di un «servizio anziani».

La gestione del portafoglio finanziario costituisce una risorsa strategica per integrare la pensione e non sempre l'anziano è orientato verso gli investimenti più convenienti, tenuto comunque conto di una naturale riluttanza verso gli investimenti a maggior rischio.

Sul piano operativo ci si potrebbe muovere verso un accordo generale siglato presso le diverse sedi di rappresentanza del sistema creditizio e finanziario, che contenga le misure e le attenzioni a favore degli anziani.

Le tipologie delle famiglie degli anziani

La condizione degli anziani deve essere valutata rispetto ai rapporti con il nucleo familiare di origine.

In altri termini, la permanenza dell'anziano all'interno di un nucleo familiare allargato spesso si configura in termini di un vero e proprio servizio di assistenza, oltre a rappresentare un fattore di sicurezza e di copertura per quanto riguarda le condizioni socio-economiche generali.

Da questo punto di vista risulta estremamente significativa l'elaborazione dei dati dell'indagine della Banca d'Italia.

Infatti, analizzando l'universo degli individui di oltre 65 anni, si rileva che:

- il 10,7 vive da solo;
- il 57,4 per cento è costituito da un anziano che vive in una famiglia allargata;

- il 16,8 per cento è *costituito da un nucleo di due anziani soli*;
- il 13,7 per cento è *costituito da due anziani che vivono in una famiglia allargata*;
- l'1,4 per cento *appartiene ad altre tipologie*.

Pertanto il 70 per cento degli anziani vive in una famiglia allargata; sembra quindi opportuno prevedere forme di sostegno per queste famiglie soprattutto nel caso di anziani non autosufficienti ed, in linea generale, a favore del mantenimento dell'anziano all'interno di una struttura familiare più consolidata.

EFFETTI ECONOMICI DELL'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

di Beniamino QUINTIERI

Invecchiamento della popolazione e spesa pubblica

Dal punto di vista economico le questioni rilevanti connesse con l'invecchiamento della popolazione riguardano essenzialmente gli effetti che il cambiamento demografico esercita sulla domanda di beni e servizi, sia pubblici che privati, e soprattutto sul tasso di crescita del sistema dal quale dipende in definitiva la possibilità di finanziamento della spesa sociale.

Per quanto riguarda il primo aspetto è necessaria una distinzione tra domanda di beni e servizi offerti dal settore privato e domanda di beni e servizi offerti dallo Stato. Per i primi infatti vi è minore motivo di preoccupazione sia perchè essi non pongono problemi di finanziamento a carico della società sia perchè non vi è ragione di dubitare circa la capacità del mercato di adeguare la propria produzione alle mutate esigenze dei consumatori. Inoltre è in atto una «omogeneizzazione» degli stili di vita non solo tra aree geografiche ma anche tra le diverse classi di età che fa sì che caratteristiche quali sesso, classe sociale, ecc... al giorno d'oggi spieghino sempre meno il comportamento d'acquisto dei consumatori. In ogni caso è pur vero che delle differenze persistono sia per quanto riguarda la spesa complessiva sia nella struttura dei consumi (Tabella 1).

TABELLA 1

SPESA MEDIA PRO-CAPITE PER CLASSI DI ETÀ - INDAGINE ISTAT 1985

(valori in migliaia di lire)

AMPIEZZA FAMILIARE ETÀ DEL CAPOFAMIGLIA	1 componente		2 componenti	
	- 65	+ 65	- 65	+ 65
Spesa media pro-capite	1069	617	773	549
Consumi alimentari	231	201	198	177
Consumi non alimentari	838	416	575	372
In percentuale dei consumi:				
Consumi alimentari	21.6	32.6	25.6	32.3
Consumi non alimentari	78.4	67.4	74.4	67.7

Fonte: ISTAT.

Le principali caratteristiche del consumo degli anziani rispetto al resto della popolazione possono essere riassunte:

l'anziano ha una spesa complessiva di consumo mediamente inferiore al non anziano anche se l'evoluzione verso unità familiari più piccole tende a ridurre il divario;

il minor consumo degli anziani rispetto agli altri riguarda principalmente gli acquisti non alimentari.

Per questi acquisti il distacco è abbastanza forte mentre per gli acquisti alimentari il distacco è relativamente lieve. Inoltre sono scarsi gli acquisti di beni durevoli (automobili, elettrodomestici, arredamento).

Di maggiore rilevanza, nonchè fonte di maggiore preoccupazione, è il problema della dipendenza della spesa pubblica dalla struttura per età della popolazione. Infatti nei paesi industrializzati i maggiori fruitori dei servizi offerti dallo Stato sono i giovani e gli anziani mentre è la popolazione situata nelle classi centrali di età a sopportare il peso maggiore del finanziamento della spesa attraverso il pagamento delle imposte e dei contributi per la sicurezza sociale. La spesa pubblica è quindi uno degli strumenti di redistribuzione delle risorse tra le diverse generazioni.

TABELLA 2

LA SPESA PUBBLICA IN ITALIA NEL 1987

	Miliardi di lire correnti	quota della spesa totale	quota del P.I.L.
Totale uscite	494.361	-	50.3
Istruzione	47.003	9.5	4.8
Sanità	52.077	10.5	5.3
Previdenza	174.039	35.3	17.7

Fonte: Relazione generale sulla situazione economica del paese (1987) e INPS.

Un recente lavoro dell'OCSE(1) mostra come la spesa sanitaria *pro-capite* sia in media quattro volte maggiore per le persone in età superiore ai 65 anni rispetto alla spesa sanitaria per le persone con meno di 65 anni. Emerge inoltre che la spesa pubblica rivolta agli anziani eccede sostanzialmente quella destinata ai giovani. In Italia nel 1980 questo rapporto sarebbe stato, sempre secondo lo studio OCSE, di 3.8 contro una media dei paesi dell'OCSE di 2.7.

Molto difficile risulta la quantificazione dell'impatto che il cambiamento demografico avrà sulla spesa pubblica nei prossimi anni. Di seguito si è tentato di «proiettare» sino al 2010 la spesa pubblica per alcune categorie di spesa che dovrebbero risultare particolarmente sensibili al cambiamento demografico e cioè l'istruzione, le pensioni e la sanità. Le proiezioni sono state effettuate calcolando innanzitutto la spesa *pro-capite* effettiva al 1987.

(1) OCSE, «Ageing Populations - the social policy implications», Parigi, 1988.

Per quanto riguarda le pensioni si è divisa la spesa previdenziale per la popolazione con più di sessanta anni; la spesa per istruzione è stata invece messa in rapporto con la popolazione con meno di vent'anni; mentre per la sanità si è assunto, utilizzando una media tra il valore indicato dall'OCSE e quello risultante dall'indagine ISTAT sulla spesa individuale, che la spesa sanitaria degli anziani sia all'incirca doppia di quella dei non anziani. In tal modo, fatto 100 il 1987, utilizzando le previsioni circa l'andamento della popolazione per classi di età sino al 2010, elaborate dal professor Vitali per conto della Commissione, si è ottenuto l'andamento «atteso» delle tre categorie di spesa sulla base della sola variabile demografica. I risultati sono illustrati nella tabella 3. Essa mostra quali sarebbero le variazioni della spesa nell'ipotesi che la spesa *pro-capite* restasse sui valori del 1987 e l'offerta si adeguasse perfettamente al cambiamento demografico. Come si vede sulla base di queste ipotesi, peraltro irrealistiche, si assisterebbe ad un incremento della spesa pensionistica, ad una sostanziale stabilità della spesa sanitaria e ad un forte decremento della spesa per istruzione.

Dato che il livello della popolazione incide sul valore del prodotto nazionale, si è ritenuto poi opportuno valutare la possibile evoluzione della spesa in rapporto al PIL assumendo costante, per ovvie ragioni di semplicità, il reddito *pro-capite*. Utilizzando i valori della spesa pubblica stimati nella Tabella 3, si è calcolata l'incidenza che queste spese avrebbero sul PIL sulla base del solo cambiamento demografico. I risultati riportati nella Tabella 4 indicano che la spesa pensionistica aumenterebbe di 6 punti, la spesa sanitaria resterebbe all'incirca costante mentre il peso della spesa per istruzione si dovrebbe contrarre a seguito del minor peso di giovani sul totale della popolazione nel 2010 rispetto ad oggi.

È del tutto inutile sottolineare che questa proiezione, benchè di una certa utilità, debba essere considerata come un semplice esercizio a causa della estrema semplicità delle ipotesi che la caratterizzano. In particolare sembra lecito affermare che i risultati ottenuti sottostimino in maniera rilevante l'impatto che il cambiamento demografico eserciterà sulla finanza pubblica. Ciò soprattutto per tre ragioni. In primo luogo la rigidità che caratterizza il nostro sistema rende irrealistica l'ipotesi di una contrazione della spesa per istruzione nella misura indicata dalle Tabelle 3 e 4. I risultati indicati più che previsioni dovrebbero quindi essere considerati come delle linee di tendenza alle quali adeguarsi per mantenere nel tempo la spesa per istruzione *pro-capite* sui livelli attuali. In secondo luogo la spesa previdenziale non dipende soltanto dal numero dei pensionati ma, a causa delle indicizzazioni, essa cresce tendenzialmente in una misura superiore al tasso di crescita del PIL. Infine anche la spesa sanitaria appare sottostimata. Si prevede infatti che l'invecchiamento della popolazione causerà un forte aumento della spesa sanitaria complessiva. Ciò sarebbe innanzitutto il risultato dell'aumento della spesa procapite dell'anziano in rapporto alla spesa del non anziano a causa, ad esempio, del progresso medico che conduce ad una estensione degli interventi a casi prima giudicati non trattabili. In secondo luogo si deve tener conto del fatto che stanno per arrivare nelle fasce di età più elevate generazioni molto più esigenti di quelle che le hanno precedute e che hanno contratto abitudini a curarsi che continueranno ad avere ed anzi tenderanno ad accentuare con l'invecchiamento.

TABELLA 3

ANDAMENTO TENDENZIALE DELLA SPESA PUBBLICA

(Proiezioni)

	1987	1995	2000	2005	2010
Previdenza	100	110	115	117	120
Istruzione	100	80	66	56	46
Sanità	100	104	103	100	99

TABELLA 4

RAPPORTO SPESA TENDENZIALE - PIL

	1987	1995	2000	2005	2010
Previdenza	17 7	19 4	21 7	22 0	23 7
Istruzione	4 8	3 8	3 3	2 8	2 5
Sanità	5 3	5 4	5 6	5 4	5 6

Il problema del finanziamento della spesa sociale

L'analisi svolta ci conduce alla conclusione che l'invecchiamento della popolazione comporterà un accrescimento continuo dei carichi finanziari che gravano sulla popolazione attiva per il finanziamento delle pensioni e dei servizi sociali. Ciò avrebbe l'effetto di gravare sui costi di produzione e, d'altro canto, un prelievo troppo elevato costituirebbe un forte disincentivo alla produzione da parte della popolazione attiva.

Una crescita economica sostenuta contribuirebbe comunque ad alleviare il problema dal momento che la creazione di nuova ricchezza renderebbe meno pesante il problema della redistribuzione delle risorse tra diverse generazioni.

Appare quindi opportuno soffermarsi ad analizzare gli effetti che il cambiamento demografico in atto eserciterà sulle variabili economiche dalle quali dipende la crescita del sistema e cioè il lavoro, la produttività ed il risparmio al quale è legata non solo l'accumulazione di capitale ma anche la possibilità di finanziamento della spesa sociale.

Il risparmio

Soffermandoci ora ad analizzare gli effetti che il rapido invecchiamento in atto nella popolazione potrà avere sulla formazione del risparmio. Negli ultimi anni il risparmio privato è notevolmente diminuito e al contempo si è

assistito (tabella 5) ad un rapido e pronunciato invecchiamento della popolazione.

TABELLA 5

	C	S	V
1960	78 3	15 2	21 0
1970	79 5	15 5	24 3
1980	82 6	11 9	24 6
1985	89 3	9 0	25 7
1990			26 4
2000			27 9
2010			30 0

C = propensione al consumo privato

S = propensione al risparmio privato al netto del deprezzamento atteso di stock di debito pubblico

V = rapporto tra la popolazione con più di 60 anni e la popolazione con più di 20 anni

Anche se è spontaneo mettere in relazione i due fenomeni in realtà la relazione tra risparmio e invecchiamento della popolazione risulta piuttosto ambigua. Infatti l'analisi economica indica che elementi contrastanti incidono sulle decisioni di risparmio in conseguenza di un tendenziale invecchiamento della popolazione e che quindi non possa prescindersi, al fine di fornire delle indicazioni di carattere previsivo, da una valutazione quantitativa dei singoli fattori che influenzano il risparmio. Usualmente la motivazione principale del risparmio è quella di assicurare un flusso continuo di consumo per tutto l'arco della vita dell'individuo. Altri importanti fattori (cfr. tabella 6) che spingono gli individui a risparmiare sono il desiderio di provvedere attraverso lasciti ereditari al benessere delle generazioni future e la possibilità di far fronte ad eventi non prevedibili (ad esempio spese sanitarie).

TABELLA 6

MOTIVAZIONE DEL RISPARMIO

CLASSI DI ETÀ	Utilizzazione in tempi successivi	Integrare la pensione	Assistenza medica	Eredita
18-92	59,7	17,7	3,2	19,4
30-39	67,7	18,2	3,0	11,0
40-49	56,4	27,3	3,5	12,8
50-59	51,3	31,6	6,4	10,7
60 e oltre	44,1	29,4	24,0	12,3

Fonte Rapporto Centro Einaudi sul risparmio e sui risparmiatori in Italia (1988)

Per quanto riguarda il primo aspetto il comportamento usuale dell'agente economico durante il suo ciclo di vita fa sì che gli individui cerchino in ogni momento di distribuire il loro reddito tra consumo e risparmio in modo da provvedere ad una equilibrata copertura dei bisogni previsti per tutto il resto della loro vita. Così, in maniera molto schematica, si può affermare che ciascuno accumula durante l'età produttiva quanto consumerà poi nell'età improduttiva e quindi la vita di ogni individuo si chiude con una accumulazione di risparmio pari a zero.

Questo naturalmente non implica che la società nel suo complesso non possa realizzare un risparmio positivo. Ciò si verifica se le diverse generazioni che in essa coesistono adottano una stessa logica nelle decisioni individuali di risparmio ma differiscono tra loro nella quantità di reddito prodotto, nel senso che, come è avvenuto negli ultimi decenni, ciascuna produce più di quella che la precede. Quanto maggiore è l'aumento del numero delle persone e del reddito procapite che contraddistinguono una generazione rispetto a quella precedente tanto più l'accumulazione realizzata ogni anno dalla popolazione in età produttiva eccede la decumulazione operata contemporaneamente dalla popolazione in età avanzata.

L'analisi appena effettuata porta alla conclusione che il decremento demografico previsto per il nostro paese nei prossimi anni influenzerà negativamente il tasso di risparmio dell'economia. Tuttavia si deve tener conto anche del fatto che l'invecchiamento della popolazione è il risultato non solo del minore tasso di natalità ma anche dell'allungamento della vita media. Così, se l'età di pensionamento è fissa, l'individuo dovrà accantonare una maggiore quantità di risorse per provvedere alla sua vecchiaia e ciò comporterà un aumento della propensione al risparmio. Dati questi effetti contrastanti non è possibile determinare a priori l'effetto sul risparmio di un cambiamento della distribuzione per età della popolazione.

Anche il cambiamento della composizione del nucleo familiare, derivante dal cambiamento demografico in atto, esercita effetti contrastanti sul risparmio. Infatti da un lato la riduzione del numero medio dei componenti di una famiglia rende disponibile una certa quantità di risorse altrimenti destinate al mantenimento dei figli e quindi aumenta le potenzialità di risparmio, dall'altro il minor numero di figli implica una riduzione dei lasciti ereditari che costituisce una delle motivazioni del risparmio.

Per valutare empiricamente il ruolo che l'invecchiamento della popolazione potrà avere in Italia nei prossimi anni è stata effettuata una simulazione in cui si considera che il saggio di risparmio dipende da: *a)* il profilo temporale del reddito, *b)* la distribuzione della popolazione per classi di età, *c)* il ciclo di vita familiare, *d)* il tasso di interesse, *e)* la composizione del nucleo familiare.

Per quanto riguarda il reddito si tiene conto del fatto che esso dapprima cresce piuttosto rapidamente fino a 40 anni, poi più lentamente fino a 50 e infine diminuisce fino all'età di 75 anni. Inoltre si tiene conto che la realtà italiana è caratterizzata da un basso rapporto tra le passività finanziarie e ricchezza (circa il 2 per cento) presumibilmente a causa sia del fatto che in Italia i consumatori mostrano una scarsa propensione nel prendere a prestito, sia dell'esistenza di vincoli sul mercato del credito al consumo e dei mutui che impediscono ai consumatori di indebitarsi per l'ammontare desiderato per finanziare i consumi correnti.

I risultati delle simulazioni effettuate indicano che, con profili di reddito piuttosto piatti come quelli italiani, il saggio di risparmio dovrebbe diminuire in conseguenza dell'aumento del peso degli anziani sul totale della popolazione. In termini quantitativi le simulazioni indicano che ci si può attendere una leggera caduta del risparmio privato (di circa l'1,5-2 per cento) fino al 2010.

TABELLA 7

RISPARMIO FAMILIARE PER CLASSI DI ETÀ

(Indagine sui bilanci delle famiglie, 1984)

CLASSI DI ETÀ	Risparmio	Componenti della famiglia
20-29	1808	2,53
30-39	1683	3,40
40-49	2027	3,90
50-59	1799	3,46
60-69	1211	2,50
70-79	655	2,04
>80	734	1,88

Fonte: Banca d'Italia

Questo risultato conferma le conclusioni raggiunte in un recente studio, da Rossi e Jappelli (2) i quali utilizzano l'indagine sui bilanci delle famiglie della Banca d'Italia relativa al 1984. I risultati ottenuti da Rossi-Jappelli sono illustrati nella tabella 8 dove la prima colonna mostra la differenza, rispetto al 1986, del risparmio che si sarebbe effettuato nel 1952, nel 1971 e che si effettuerà nel 2006 se questi periodi differissero dall'anno base solo per la composizione della popolazione. Fatto 100 il risparmio nel 1952, la seconda colonna della Tabella 8 indica che il risparmio del 1971 è pari al 97,2 per cento, quello del 1986 al 96,6 per cento e quello del 2006 a 93,3 per cento. Non sembra quindi esservi dubbio che l'effetto demografico abbia provocato una diminuzione del risparmio.

TABELLA 8

EFFETTO DEL CAMBIAMENTO DELLA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE
SUL RISPARMIO PRIVATO

ANNO	t	$\frac{S_t}{S_{1952}}$	Risparmio (Cont nazionale)	$\frac{Sp}{Y}$
1952	773	100,0	70558	14,71
1971	127	97,2	68556	14,29
1986	0	96,6	68163	14,21
2006	- 744	93,3	65857	13,73

Base del campione = 3271 unità

Fonte: Rossi-Jappelli (1988)

(2) Rossi-Jappelli, «Dinamica della popolazione e risparmio privato», presentato al convegno su «Ricerche e metodi per la politica economia», Perugia, SA.DI.BA., 1988.

Ad un esame più attento si nota però che quantitativamente l'effetto è più ridotto, anche se non trascurabile. Le ultime due colonne, infatti, illustrano l'entità della sottostima del risparmio nell'indagine della Banca d'Italia; questo è infatti pari a meno di 22.000 miliardi nel 1986, mentre quello di contabilità nazionale risulta essere, nello stesso anno, di 68.183 miliardi. In termini di propensioni al risparmio, quindi, posto uguale a 68.163 miliardi il risparmio del 1986, la quarta colonna indica che la diminuzione complessiva del saggio di risparmio spiegata dalla variazione della struttura della popolazione è di circa 1 punto percentuale del reddito nazionale disponibile e cioè di circa l'1,5 per cento del reddito disponibile delle famiglie.

La produttività

La maggior parte degli studiosi che si sono occupati degli effetti economici dell'invecchiamento della popolazione sono giunti alla conclusione che questo fenomeno dovrebbe avere effetti negativi sulla produttività del lavoro.

In primo luogo si ritiene che la mobilità del lavoro tende a ridursi con l'aumentare dell'età. Infatti il costo sociale, psicologico e finanziario del cambiamento è, per le persone in età più avanzata, maggiore dei vantaggi ottenibili dal cambiamento stesso. Nella misura in cui ciò è vero, la minore propensione alla mobilità tra aree e tra settori, conseguente all'invecchiamento della popolazione, renderebbe più difficili i processi fisiologici di riallocazione delle risorse richiesti dal processo di sviluppo economico.

In secondo luogo anche la produttività individuale tende a decrescere con l'aumentare dell'età del lavoratore. Se, da un lato, la produttività tende a crescere durante la vita lavorativa a causa dell'esperienza accumulata, dall'altro lato l'invecchiamento produrrebbe obsolescenza a causa del minore «capitale umano incorporato». Nei giovani, infatti, l'investimento in capitale umano è più recente e quindi con maggiori dosi di progresso tecnico incorporato. Questo fenomeno risulterà tanto più rilevante quanto maggiore è il processo di innovazione in atto nel sistema: infatti in questo caso il cambiamento tecnologico tenderà a «spiazzare» più rapidamente l'esperienza accumulata sul posto di lavoro.

È stato calcolato (3) che in Italia a fronte di un tasso medio annuo di crescita della produttività dell'1 per cento, l'incremento è risultato dell'1,85 per cento per i lavoratori con meno di 35 anni, dell'1,05 per cento per quelli tra 35 e 45 anni, dello 0,75 per cento per gli individui tra 45 e 58 anni, e dello 0,45 per cento per gli individui con più di 58 anni.

Una conseguenza della riduzione di produttività è che essa si ripercuoterà negativamente sui costi di produzione delle imprese. La misura in cui ciò avverrà dipenderà dalla relazione tra il profilo dei guadagni e quello della produttività durante la vita lavorativa. In Italia questo problema dovrebbe risultare particolarmente rilevante dal momento che il profilo temporale del reddito risulta più piatto di quello registrato in altri paesi e quindi più legato all'anzianità di servizio piuttosto che alla produttività.

(3) A. Brugiavini, «*Empirical evidence on wealth accumulation and the effects of pension wealth: an application to an Italian cross-section*», London School of Economics, 1987.

Il rapido cambiamento tecnologico cui assistiamo in questi anni ha prodotto, per le ragioni indicate, un rapido cambiamento generazionale nell'ambito dell'occupazione aziendale. Da un lato si è assistito all'abbassamento dell'età media dei dirigenti (esempio tipico il Giappone) dall'altro la possibilità di ricorrere al pensionamento anticipato ha spinto verso una maggiore competitività ed efficienza aziendale. Queste tendenze non sembrano comunque ripercorribili nel futuro sia per il minor ingresso di giovani sul mercato del lavoro sia per i costi che comportano per la finanza pubblica. Appare quindi chiaro che la più prolungata, e anche auspicata, permanenza sul mercato del lavoro richiederà cambiamenti normativi e istituzionali in grado di incentivare sia la mobilità che la riqualificazione professionale. A tal fine sarebbe necessario progettare cicli di formazione e di riqualificazione per i lavoratori più anziani perchè essi siano in grado di rispondere al cambiamento tecnologico. Ciò necessiterebbe di un adeguamento dell'offerta di istruzione alle mutate esigenze del mercato (ad esempio potrebbe essere ripensato il ruolo delle Università della terza età).

Al fine di una maggiore mobilità dovrebbero essere migliorati i servizi e reso più efficiente il mercato mobiliare, modificate le discriminazioni in termini di età per l'accesso a determinati posti di lavoro e assicurata la trasferibilità dei diritti «acquisiti» in materia pensionistica nel passaggio da un lavoro ad un altro. Infine una maggiore efficienza potrebbe essere raggiunta attraverso l'individuazione delle mansioni in cui il lavoratore anziano gode di un «vantaggio comparato» rispetto al resto dei lavoratori e il conseguente ricorso ad opportuni incentivi, di carattere monetario o fiscale, al fine di favorire la mobilità degli individui delle classi di età più avanzate verso questo tipo di occupazioni.

Il mercato del lavoro

Il costo sociale del cambiamento demografico dipende in modo rilevante dall'evoluzione della forza lavoro sulla quale essenzialmente grava il peso del finanziamento delle spese sociali. È quindi di particolare utilità prevedere la possibile evoluzione della forza lavoro in Italia nei prossimi anni. A questo fine si deve rilevare come il *trend* demografico fornisca solo una indicazione parziale circa l'entità e la struttura della offerta di lavoro. È necessario, infatti, considerare che l'evoluzione dei tassi di partecipazione per età e sesso costituisce un fattore chiave nel determinare la dinamica della forza lavoro. Una crescita sostenuta dei tassi di partecipazione potrebbe, ad esempio, bilanciare la riduzione della popolazione attiva e alleviare, in tal modo, il problema del finanziamento della spesa sociale.

Le tabelle 9 e 10 mostrano l'evoluzione dei tassi di partecipazione suddivisi per sesso e classi di età, a partire dal 1960. L'evoluzione della forza lavoro nei prossimi dieci anni, di cui nelle tabelle si riportano i risultati relativi agli anni 1990 e 1996, è stata ottenuta attraverso una simulazione basata su equazioni che contengono tutte le variabili rilevanti per le decisioni del lavoratore (4). In particolare si è ipotizzato tra l'altro che, nel periodo di previsione, non vi siano cambiamenti nella regolamentazione del mercato

(4) Per una analisi dettagliata si rimanda a B. Quintieri-F. C. Rosati, «*Politica fiscale ed incentivi al lavoro ed al risparmio*», F. Angeli, Milano, 1989.

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

del lavoro, in particolare per quanto riguarda le modalità di entrata e di uscita dal mercato del lavoro. Non si è ritenuto opportuno, al fine di rendere le previsioni più realistiche, di allungare le previsioni oltre un decennio, ma si è preferito piuttosto «utilizzare» i tassi di partecipazione stimati per il 1996 applicandoli sino al 2010 alla popolazione attiva prevista.

Come emerge dalla tabella 9 i tassi di partecipazione maschili nei prossimi anni dovrebbero mostrare una sostanziale stabilità con l'eccezione di una piccola riduzione per gli individui compresi tra i 14 e i 25 anni. Complessivamente, tuttavia, data la evoluzione attesa della popolazione, la forza lavoro maschile dovrebbe aumentare tra il 1990 e il 1996 di oltre 200.000 unità pari all'1,3 per cento della forza lavoro maschile presente al 1990.

TABELLA 9

TASSO DI PARTECIPAZIONE FEMMINILE

ANNI	1960	1965	1970	1975	1980	1986	PREVISIONI	
							1990	1995
14-19	45.2	35.7	38.8	22.2	28.9	24.8	24.9	24.7
20-24	48.0	44.5	43.2	44.2	57.9	60.9	61.0	65.0
25-29	35.8	32.2	33.1	39.7	54.7	59.6	61.2	67.4
30-34	34.2	28.7	29.6	34.2	48.4	58.2	61.5	68.2
35-39	34.2	30.9	29.8	32.5	44.5	53.6	56.5	61.5
40-44	33.4	31.4	30.8	32.0	40.3	47.7	49.7	53.4
45-49	31.8	28.9	29.2	31.1	36.0	41.9	42.8	45.7
50-54	30.5	26.8	25.9	27.0	32.0	33.6	33.3	35.3
55-59	24.2	20.8	18.2	17.3	21.4	21.4	20.7	21.2
60-64	17.9	14.3	10.6	8.5	11.0	10.2	9.7	9.4
65-	8.5	4.7	2.6	2.1	3.5	2.5	1.9	1.6
Totale ...	31.5	26.7	24.8	25.0	32.3	34.4		

TABELLA 10

TASSO DI PARTECIPAZIONE MASCHILE

ANNI	1960	1965	1970	1975	1980	1986	PREVISIONI	
							1990	1995
14-19	67.1	51.6	38.0	28.9	33.3	27.6	27.8	26.0
20-24	77.4	74.6	68.7	66.7	72.5	71.9	71.6	69.8
25-29	96.1	95.5	93.8	93.1	93.0	90.6	91.9	92.3
30-34	98.1	98.0	98.2	98.4	98.6	97.3	98.1	98.5
35-39	97.6	98.0	98.2	98.3	98.6	98.1	98.4	98.7
40-44	96.7	96.9	97.3	97.7	97.7	97.3	97.9	98.2
45-49	96.0	95.4	95.0	95.6	96.3	95.9	96.2	96.5
50-54	92.8	92.2	90.7	90.7	90.7	88.9	89.8	90.0
55-59	86.6	84.7	81.0	77.8	74.8	69.8	71.6	71.4
60-64	60.5	54.8	48.2	42.4	39.6	37.6	36.5	35.2
65-	30.0	18.4	12.9	10.4	12.6	9.0	9.0	9.5
Totale ...	80.9	76.0	71.8	68.8	69.2	66.5		

Per quanto riguarda l'offerta di lavoro femminile si nota un accentuato incremento dei tassi di partecipazione per le classi comprese tra i 20 e i 55 anni. In livelli ciò implica un incremento complessivo, tra il '90 e il '96, di circa 650.000 unità circa pari al 7,5 per cento della forza lavoro femminile relativa al 1990. Questo non trascurabile incremento è il risultato dell'azione congiunta dell'aumento dei tassi di partecipazione femminile e della popolazione femminile nelle classi di età centrali.

Complessivamente quindi l'offerta di lavoro dovrebbe aumentare fino al 1996 per restare stabile fino al 2000. Dopo quella data, la «proiezione» dei tassi di partecipazione stimati per gli anni '90 indica una riduzione sistematica della forza lavoro a causa della riduzione della popolazione attiva. Nel 2010 la forza lavoro totale dovrebbe ridursi di quasi due milioni di unità rispetto ai valori registrati alla fine degli anni '90.

Invecchiamento e sistema previdenziale

1) Particolare importanza assume, ai nostri fini, il comportamento dei lavoratori più anziani. Dalle tabelle 9 e 10 si nota come i tassi di partecipazione maschili e femminili dei lavoratori con età superiore ai 55 anni si siano andati drasticamente riducendo negli ultimi trenta anni. Ad esempio i tassi di partecipazione maschili, che nel 1960 erano per i sessantenni e per quelli con più di sessantacinque anni rispettivamente pari al 60 ed al 30 per cento, nel 1986 mostrano valori pari al 36 ed al 9 per cento.

Molte interpretazioni sono state date di questo fenomeno sia di carattere economico che sociale. Senza voler addentrarsi in una analisi circa la capacità esplicativa delle singole variabili, non vi è dubbio, tuttavia, che le attuali regolamentazioni del mercato del lavoro e l'esistenza di un sistema pensionistico particolarmente generoso abbiano spinto nel senso di una rapida uscita dal mercato del lavoro. Inoltre in molti paesi l'aumento della disoccupazione negli anni '70 ha spinto i governi ad adottare provvedimenti volti a facilitare l'uscita dal mercato del lavoro prima del raggiungimento dell'età pensionabile. Se questo *trend* dovesse continuare anche nel futuro ciò produrrebbe il duplice effetto di assottigliare la forza lavoro e di aggravare ulteriormente il costo dei programmi di sicurezza sociale.

Appare perciò necessaria l'adozione di politiche in grado di invertire questo *trend* allungando il periodo di vita lavorativo. In primo luogo sarebbe opportuno l'innalzamento dell'età pensionabile. Ciò è giustificato innanzitutto dal miglioramento delle condizioni fisiche e dall'allungamento della vita media. Infatti i pensionati vivono in media molti anni di più rispetto al momento in cui i limiti di età per il pensionamento erano stati stabiliti. Il prolungamento della vita implica, data l'età di pensionamento, che una maggiore quantità di risorse deve essere accantonata durante la vita lavorativa e ciò a scapito di un minore consumo medio. D'altro canto se il sistema pensionistico vigente è a ripartizione, allora il costo si ripartirà sulle generazioni successive che dovranno essere gravate di un maggior onere fiscale. Da questo punto di vista l'innalzamento dell'età pensionabile dovrebbe essere considerato come un semplice adeguamento al prolungamento della vita media in modo tale da lasciare inalterato il rapporto tra la lunghezza media del periodo di quiescenza e la speranza di vita. Inoltre dato

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

che l'allungamento della vita è il risultato del migliore stato di salute degli individui in età più avanzata, si dovrebbe tener conto del fatto che una quota crescente di lavoratori è in grado e desidera rimanere più a lungo nella forza lavoro. Nè può essere accettata l'argomentazione secondo cui l'elevazione dell'età del pensionamento avrebbe effetti negativi sull'occupazione giovanile. Le tendenze demografiche in atto indicano infatti che questo problema potrebbe sussistere solo nell'immediato futuro fino a quando, cioè, non sarà stato smaltito l'ingresso nel mondo del lavoro delle leve del «baby boom» degli anni '60.

TABELLA 11

FORZA LAVORO FEMMINILE

(Previsioni in migliaia)

ANNI	1987	1990	1995	2000	2005	2010
14-19	632	533	444	370	356	296
20-24	1.323	1.397	1.384	1.118	948	869
25-29	1.250	1.424	1.541	1.432	1.156	981
30-34	1.189	1.267	1.583	1.553	1.446	1.166
35-39	1.107	1.079	1.261	1.420	1.396	1.228
40-44	879	1.016	1.014	1.089	1.226	1.206
45-49	790	737	926	860	624	1.040
50-54	560	630	600	706	655	703
55-59	385	369	396	352	414	385
60-64	180	171	162	168	151	177
65-	88	94	84	88	91	91
Totale ...	8.383	8.717	9.395	9.156	8.763	8.212

TABELLA 12

FORZA LAVORO MASCHILE

(Previsioni in migliaia)

ANNI	1987	1990	1995	2000	2005	2010
14-19	745	625	494	416	364	320
20-24	1.575	1.707	1.559	1.260	1.065	971
25-29	1.811	2.201	2.191	2.056	1.709	1.402
30-34	1.907	2.014	2.346	2.324	2.178	1.760
35-39	2.006	1.869	2.044	3.330	2.309	2.169
40-44	1.798	1.975	1.900	2.011	2.288	2.267
45-49	1.759	1.609	1.909	1.774	1.936	2.206
50-54	1.571	1.615	1.462	1.726	1.606	1.757
55-59	1.219	1.180	1.220	1.108	1.308	1.215
60-64	591	567	540	559	503	595
65-	295	296	337	353	367	363
Totale ...	15.277	15.658	15.995	15.917	15.563	15.025

TABELLA 13

FORZA LAVORO TOTALE

(Previsioni in migliaia)

ANNI	1987	1990	1995	2000	2005	2010
14-19	1.377	1.158	938	786	720	616
20-24	2.898	3.104	2.943	2.378	2.013	1.840
25-29	3.061	3.625	3.732	3.488	2.865	2.383
30-34	3.096	3.281	3.929	3.877	3.624	2.926
35-39	3.113	2.948	3.305	3.750	3.705	3.467
40-44	2.667	2.991	2.914	3.100	3.514	3.473
45-49	2.549	2.406	2.835	2.634	2.860	3.246
50-54	2.131	2.245	2.062	2.432	2.261	2.460
55-59	1.604	1.549	1.616	1.460	1.722	1.600
60-64	771	738	702	727	654	772
65-	383	390	421	441	458	454
Totale ...	23.660	24.357	25.390	25.073	24.326	23.237

Il ricambio della popolazione in età lavorativa sul mercato del lavoro dovrebbe ridursi notevolmente già nei prossimi anni. Alla fine di questo secolo il numero delle persone che entreranno nel mercato del lavoro dovrebbe già essere inferiore al numero delle persone in uscita, mentre verso il 2010 il rapporto tra uscite ed entrate dovrebbe essere addirittura di 2 a 1. La tabella 15 mostra come il rapporto tra la popolazione con più di sessanta anni e quella con meno di venti anni dovrebbe passare da un valore di 0,75 nel 1987 ad 1,96 nel 2010. In valori assoluti la popolazione ultrasessantenne aumenterebbe di circa due milioni di unità mentre la popolazione attiva, cioè quella che sopporta il carico più elevato del finanziamento dei programmi sociali, si ridurrebbe di oltre un milione di unità (Tabella 14). Il rapporto tra questi due aggregati di popolazione aumenterebbe di circa sette punti percentuali passando dal 35,3 per cento al 43,5 per cento. Allo stesso tempo il rapporto tra la popolazione con più di sessanta anni e la forza lavoro stimata aumenterebbe di quasi nove punti percentuali passando dal 47 per cento al 56 per cento nel 2010.

TABELLA 14

POPOLAZIONE ATTIVA E FORZA LAVORO

(Previsioni in migliaia)

	Popolazione totale	Popolazione con meno di 20 anni	Popolazione attiva (+20 -60)	Popolazione con più di 60 anni	Forza lavoro
1987	57.400	14.764	31.507	11.129	23.660
1990	57.182	13.667	31.948	11.568	24.357
1995	56.118	11.515	32.556	12.047	25.390
2000	54.430	9.677	32.127	12.626	25.073
2005	52.344	8.166	31.532	12.646	24.326
2010	49.859	6.671	30.105	13.086	23.237

TABELLA 15

**RAPPORTI TRA GLI ULTRASESSANTENNI
ED ALTRI AGGREGATI DEMOGRAFICI**

	Popolazione +60 pop attiva	Popolazione +60 pop totale	Popolazione +60 pop -20	Popolazione +60 forza lavoro
1987	35,3	19,4	75	46,9
1990	36,2	20,2	85	47,1
1995	37,0	21,5	105	47,4
2000	39,3	23,2	130	50,4
2005	40,1	24,2	155	52,0
2010	43,5	26,2	196	56,3

TABELLA 16

ETÀ DI PENSIONAMENTO

PAESI	Uomini	Donne
Italia	60 anni	55 anni
Regno Unito	65 anni	60 anni
Repubblica Federale Tedesca	63-67 (a scelta)	63-67 (a scelta)
Belgio	65 anni	60 anni
Paesi Bassi	65 anni	65 anni
Danimarca	67 anni	67 anni
Irlanda	65 anni	65 anni
Grecia	65 anni	60 anni
Spagna	60-64 anni	60-64 anni
Francia	60 anni	60 anni

Fonte: CEE-1988.

Questi dati illustrano chiaramente quale sarebbe nei prossimi anni l'aumento del numero di pensioni da erogare, in assenza di cambiamenti legislativi. Inoltre, come è illustrato nella Tabella 16, i limiti di età di pensionamento stabiliti dal legislatore nel nostro paese sono molto più bassi di quelli di altri paesi dove peraltro si discute sulla possibilità di ulteriori prolungamenti della vita lavorativa, magari lasciando agli stessi lavoratori la possibilità di decidere il periodo di uscita dal mercato del lavoro.

Oltre alle politiche già indicate sarebbero auspicabili provvedimenti in grado di incentivare la domanda di lavoro rivolta agli individui situati nelle classi di età più elevate. Allo stato attuale la possibilità di trovare un nuovo lavoro è più bassa per un disoccupato anziano rispetto ad uno più giovane. Incentivi a carattere fiscale, ad esempio una parziale fiscalizzazione degli oneri sociali per le imprese che assumono lavoratori di età elevata, potrebbero contribuire ad alleviare questo problema. Inoltre l'introduzione del lavoro *part-time* per i lavoratori più anziani potrebbe incentivare sia la domanda che l'offerta di lavoro da parte degli individui delle classi di età più elevate.

Infine il cambiamento demografico rende necessaria la revisione della struttura del sistema fiscale. Infatti la crescita della spesa previdenziale associata ad una riduzione della popolazione attiva renderebbe molto pesante il carico fiscale per le generazioni più giovani. Qualora la fonte principale del prelievo fiscale fosse costituita dall'imposizione diretta ciò potrebbe dar luogo a disincentivi al lavoro ed al risparmio dato che, come è emerso in numerosi studi, l'aliquota marginale dell'imposta sul reddito può influenzare in maniera significativa le decisioni individuali. Aliquote marginali eccessivamente elevate avrebbero quindi effetti negativi sulla crescita del sistema e ridurrebbero così la base imponibile. Apparirebbe perciò opportuno ripartire il carico fiscale aumentando il peso dell'imposizione indiretta e di quella patrimoniale, anche al fine di ripartire l'onere del finanziamento delle spese sociali su un periodo di vita più lungo non gravando eccessivamente sul periodo di vita attiva.

2) L'aumento della popolazione in età pensionabile sia rispetto alla popolazione attiva che rispetto alla forza lavoro effettiva viene a collocarsi in un quadro di profondo squilibrio del sistema previdenziale italiano. I pagamenti dell'INPS, che nel 1977 ammontavano a 20.000 miliardi, nel 1987 hanno superato i 170.000 miliardi con un saldo negativo tra le riscossioni ed i pagamenti che sfiora i 35.000 miliardi. Il tasso medio annuo di incremento della spesa per le pensioni ha mantenuto costantemente, dal 1960 ad oggi, un livello più elevato di quello del prodotto nazionale lordo nè l'aumento dell'aliquota contributiva, passata da un valore inferiore al 15 per cento del salario lordo nel 1960 ad un valore attuale superiore al 25 per cento, è stato sufficiente a bilanciare le uscite, con una conseguente dilatazione del disavanzo.

Il dissesto del sistema previdenziale italiano risiede nella esasperazione delle sue finalità redistributive ed evidenzia i limiti di un sistema «a ripartizione» che, basandosi sostanzialmente su una sorta di patto fra generazioni, pone a carico della popolazione attiva il finanziamento di milioni di pensioni. Questo sistema è «accettabile» fino a quando la popolazione è in crescita per cui il numero delle persone che sono in età lavorativa tende ad aumentare rispetto al numero dei pensionati. La natura solidaristica di un sistema «a ripartizione» è invece messa in crisi quando, come avviene oggi, cala il numero delle nascite e si allunga la vita media: in questo caso su un minor numero di lavoratori attivi pesa una massa sempre più grande di pensionati e ciò dà luogo ad un enorme trasferimento di risorse tra generazioni.

Una analisi approfondita delle cause del dissesto del sistema pensionistico italiano e delle possibili terapie da attuare per evitarne il collasso esula dagli scopi del presente scritto. In linea generale si può affermare che la riforma dell'attuale sistema dovrà andare in direzione di un riequilibrio tra ciò che un individuo paga sotto forma di contributi previdenziali durante la sua vita «attiva» e ciò che egli riceverà una volta in pensione. Come si è detto in questa direzione andrebbero provvedimenti volti ad elevare l'età pensionabile. Oltre alle considerazioni svolte in precedenza si deve tener conto anche del fatto che collegata alla bassa età di pensionamento è la bassa anzianità assicurativa minima necessaria per il conseguimento della pensione, che attualmente è pari a 15 anni soltanto. Confrontando l'anzianità minima di lavoro con la durata media di vita si nota come in una donna di 55

anni, la vita residua è di circa 25 anni, per un uomo di 60 anni essa è pari a 17 anni. La permanenza nella condizione di lavoratore contribuente, almeno per i percettori di pensioni minime, è quindi mediamente più breve (e per le donne molto più breve) della durata del periodo di pensionamento. A ciò si aggiunga che non sempre l'anzianità minima è quella effettiva se si considera che il periodo di servizio militare e quello di disoccupazione sono acquisiti gratuitamente sotto la voce «contributi figurativi».

Altri aspetti particolarmente «generosi» del sistema pensionistico italiano che contribuiscono ad aggravare in modo rilevante il disavanzo previdenziale sono:

- a) l'elevata percentuale del salario di riferimento: l'aliquota è pari al 2 per cento e porta dopo 40 anni all'80 per cento del salario di riferimento;
- b) l'esistenza della pensione di anzianità, garantita dopo 35 anni di contributi a qualsiasi età, anche prima di 60 anni o di 55 anni per le donne;
- c) l'indicizzazione delle pensioni non solo al costo della vita ma anche all'andamento dei salari.

Una seconda possibilità di riforma che viene presa in considerazione in molti paesi è il passaggio da un sistema a ripartizione ad uno «misto» cioè gestito in parte con i criteri della capitalizzazione. La maggiore difficoltà in questa direzione risiede negli enormi costi che il passaggio da un regime ad un altro richiede. Infatti la generazione in attività dovrebbe continuare a fornire le risorse necessarie al pagamento delle pensioni della generazione precedente ed allo stesso tempo accantonare i fondi necessari a garantire la propria pensione. Quindi per dare inizio ad un sistema misto i lavoratori dovrebbero pagare due volte: per gli altri e per se stessi. Ciò durerebbe finché il sistema non fosse entrato a regime. L'alternativa sarebbe costituita da un intervento dello Stato, ad esempio sotto forma di esenzioni fiscali, che però verrebbero a gravare ulteriormente sul bilancio statale.

Conclusioni

L'invecchiamento della popolazione comporterà un aumento della domanda di alcuni beni e servizi offerti dallo Stato (sanità, assistenza, ecc...) e in particolare un aumento dei trasferimenti (pensioni). In conseguenza il cambiamento demografico implica marcati spostamenti della spesa sociale tra differenti gruppi di età.

Nella misura in cui l'aumento della spesa pubblica rivolta agli anziani non viene compensata da un corrispondente adeguamento dell'offerta pubblica alla minore domanda proveniente dalla popolazione più giovane (istruzione) si avrà un aumento complessivo della spesa pubblica con conseguenti maggiori oneri fiscali. Si è mostrato che se l'operatore pubblico adeguasse effettivamente la propria offerta alle «reali» preferenze espresse dalla collettività non necessariamente si avrebbe un aumento del peso del settore pubblico sull'economia in conseguenza del cambiamento demografico.

In assenza della necessaria flessibilità nella struttura produttiva pubblica e quando, come avviene oggi in Italia, la spesa pubblica è elevata e si pongono seri problemi per il suo finanziamento, si riduce la possibilità da parte dello Stato di «assecondare» il cambiamento demografico e diventa più difficile il soddisfacimento dei bisogni che la collettività manifesta.

In presenza di già elevati livelli di imposizione e di debito pubblico il problema centrale, ai fini del mantenimento dello stato sociale, è quello di verificare in quale misura la crescita della spesa pubblica possa essere mantenuta al di sotto del tasso medio di crescita delle entrate.

Dal lato dell'offerta, oltre alla già citata necessità di una maggiore capacità di adeguamento della struttura dell'offerta al cambiamento demografico, si pone in generale un problema di «efficienza» nella produzione di beni e servizi offerti pubblicamente. Ciò pone innanzitutto il problema della ricerca di una maggiore produttività della pubblica amministrazione. In secondo luogo si deve sottolineare come lo stato sociale potrebbe essere assicurato ed anche migliorato lasciando al settore privato, laddove esso sia in grado di produrre a costi più bassi, una parte della produzione di beni e servizi oggi offerti pubblicamente. Ciò potrebbe essere fatto utilizzando le risorse rese disponibili dalla minor produzione pubblica per «sussidiare» il consumo privato di questi beni.

Per una data struttura dell'imposizione il finanziamento di quantità crescenti di spesa sociale è condizionato alla crescita della base imponibile che a sua volta dipende dal tasso di crescita del sistema. Si è mostrato che le variabili dalle quali dipende la crescita, cioè il risparmio, la produttività e l'offerta di lavoro dovrebbero risultare influenzate negativamente dall'invecchiamento della popolazione.

In particolare la forza lavoro, sulla quale grava la maggior parte del peso del finanziamento della spesa sociale, dovrebbe aumentare fino alla fine degli anni '90 per poi ridursi drasticamente fino al 2010. Devono essere perciò visti con favore tutti quei provvedimenti volti ad aumentare gli incentivi al risparmio e al lavoro. In particolare incentivi a carattere fiscale potrebbero essere adottati sia al fine di aumentare la mobilità dei lavoratori più anziani sia al fine di accrescere la convenienza da parte delle imprese ad occupare i lavoratori che si trovano nelle fasce di età più elevate.

Al fine di ritardare la tendenza alla «obsolescenza» dei lavoratori anziani sul mercato si rende necessaria una ristrutturazione parziale del sistema educativo ed universitario in grado di far sì che l'accumulazione di capitale umano non sia limitata alla sola fase che precede l'entrata sul mercato del lavoro.

Le attuali previsioni indicano che nei prossimi anni si assisterà ad una crescita esplosiva della spesa pensionistica con un conseguente aumento delle aliquote contributive. Si rendono perciò necessari provvedimenti volti a ridurre lo squilibrio tra ciò che un individuo paga durante la vita attiva e ciò che riceverà una volta in pensione. In questa direzione andrebbe sia il prolungamento della anzianità assicurativa minima necessaria per il conseguimento della pensione sia il passaggio da un sistema a ripartizione ad uno misto cioè gestito in parte con i criteri della capitalizzazione.

Dato il notevole elevato grado di rigidità che caratterizza la spesa pubblica e l'elevata pressione fiscale nel nostro paese, la conclusione che in questo quadro il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione potrebbe porre la finanza pubblica di fronte ad insormontabili problemi di finanzia-

mento non sembrerebbe azzardata. Di fronte ad una tale eventualità si renderebbe necessaria una revisione della filosofia di interventi a pioggia e di sostegno incondizionato dell'offerta che ha caratterizzato l'azione dell'operatore pubblico in Italia. La tutela dei più bisognosi, tra i quali si trova una larga parte di anziani, costituisce una delle basi principali del «*welfare state*» ed impone il passaggio ad una filosofia basata su interventi più mirati da parte dello Stato, oltre che una accurata individuazione delle categorie che realmente necessitano di trasferimenti di risorse a loro favore.

L'IMPIEGO DELLE RISORSE NEL CASO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA DELL'ANZIANO

di Ernesto VERONESI

1. S'intende investigare la condizione dell'anziano non autosufficiente avendo presente che la stessa non è riferibile solo a questa categoria e che, per contro, l'essere anziano non significa necessariamente essere non autosufficiente (ciò in armonia con le conclusioni alle quali è giunta l'OMS).

Si reputa necessaria la precisazione poichè sposta la ricerca della discriminante dall'età ed altre cause, individuate le quali sarà possibile ricavare indirizzi circa il modo, espresso in termini di attività organizzata per la soddisfazione del bisogno, attraverso il quale il bisogno stesso sarà concretamente soddisfatto.

2. Il prof. Carbonin nello studio pubblicato in questo volume afferma come sia soprattutto la componente biologica della malattia a provocare con maggior frequenza l'handicap a cui consegue la perdita dell'indipendenza. Peraltro, sia sulla salute sia sul grado di dipendenza possono influire altri fattori: la condizione sociale, la situazione economica, il contesto ambientale. È altresì vero che esiste una aumentata prevalenza età-dipendente sia delle malattie che della non autosufficienza.

Appare, quindi, ragionevole pensare che troveremo nella categoria anziani una maggior frequenza di non autosufficienza e che questa condizione squisitamente sanitaria può essere influenzata negativamente, sia nell'istaurarsi sia nella severità, da fattori non sanitari. Dal primo punto di vista appare possibile ricondurre l'analisi dell'intervento all'aspetto più generale della salute e del sistema degli interventi per il suo mantenimento, mentre dal punto di vista delle condizioni concorrenti queste instradano verso gli aspetti socio-economici della collettività di cui l'anziano non autosufficiente è parte e partecipante.

In altri termini può ipotizzarsi che il bisogno conseguente alla non autosufficienza sia un bisogno che ha un origine personale d'ordine sanitario al quale non è estranea una situazione più generale riferibile al contesto socio-economico.

3. La delimitazione del campo, tuttavia, non è ancora completa per la determinazione del suo valore. La non autosufficienza è l'incapacità di svolgere, in diverso grado, attività relative alla propria persona ed azioni di relazione richiedenti l'impiego di mezzi esterni. Sono limitazioni che incidono direttamente nella sfera prioritaria degli interessi e nei diritti inalienabili di ciascun essere umano, talchè il bisogno che ne deriva non può che assumere un valore particolarmente rilevante.

Seguendo la classificazione di Musgrave, i bisogni si distinguono in privati quando la domanda che ne consegue può essere soddisfatta

direttamente dall'interessato, pubblici quando la domanda non può che essere soddisfatta pubblicamente, di merito quando a bisogni oggettivamente privati la società riconosce un particolare valore sociale, per il singolo e per la società, talchè questa decide che debbano essere soddisfatti pubblicamente. Si tratta di bisogni privati a valenza pubblica.

Applicando la predetta classificazione al bisogno che si origina dalla non autosufficienza, appare pacifico come, riguardando l'area degli inalienabili diritti alla vita ed alla sua dignità, gli stessi debbano essere ricompresi nel novero dei bisogni di merito.

Non è indifferente la considerazione espressa poichè se non si fosse certi della necessità sociale dell'intervento pubblico a favore dell'anziano non autosufficiente, ed in via generale per tutti i soggetti non autosufficienti, lo specifico problema giuridico ed economico non si porrebbe, rientrando l'azione dei singoli, tendente alla soddisfazione del bisogno, nel normale rapporto che intercorre tra una domanda privata e l'offerta di beni e servizi atti a soddisfarla, per il quale ciascuna società da tempo dispone di regole giuridiche generali e dello strumento del mercato quale equilibratore economico.

Occorre anche osservare come la presenza di uno specifico mercato di per sè non è condizione sufficiente perchè il sistema di soddisfazione del bisogno possa classificarsi privato. Provvedimenti, di diverso contenuto, a favore dei soggetti interessati aventi, comunque, lo scopo di creare la disponibilità di maggiori risorse da destinare all'acquisto di servizi atti a soddisfare il bisogno discendente dalla non autosufficienza, riconducono la categoria all'interno dei bisogni di merito.

Non è, tuttavia, indifferente l'una o l'altra delle soluzioni poichè diverse sono le reali condizioni di usufruibilità dei servizi offerti in assenza od in presenza di un prezzo, tenuto presente che la condizione di non autosufficienza può creare difficoltà nei riguardi delle relazioni che sono necessarie quando la domanda viene soddisfatta mediante ricorso al mercato.

D'altro canto l'erogazione pubblica di servizi aggiunge ulteriori elementi di complessità poichè comporta la necessità di una regolamentazione specifica per garantire a tutti i soggetti, in pari condizioni di bisogno, l'analogo grado di soddisfazione. Nei riguardi dell'amministrazione pubblica ciò significa l'individuazione di un omogeneo comportamento amministrativo che può essere definito solo attraverso la determinazione di una regola di condotta. Da questa regola discende anche l'ammontare delle risorse che la società, congiuntamente, decide di destinare allo specifico settore, secondo il dettato costituzionale.

4. Le riflessioni fin qui fatte non debbono essere interpretate come la costruzione di una tesi a favore del riconoscimento dell'importanza, per la società italiana, della soddisfazione, attraverso un sistema d'intervento pubblico, del bisogno dell'anziano conseguente alla non autosufficienza. Questa scelta è patrimonio dell'ordinamento giuridico italiano che fin dagli albori della costituzione dello Stato unitario ha avuto presente la necessità di un intervento pubblico rispetto a bisogni primari correlati alle alterne fortune che accompagnano la vita di ciascun essere umano.

Il concetto stesso di soddisfazione pubblica di alcuni bisogni ha, tuttavia, subito, con il trascorrere del tempo e con l'evoluzione dei principi sociali

verso obiettivi di sempre maggiore democrazia (1), trasformazioni sostanziali. Oggi non sarebbe più possibile operare una distinzione, che pure nel passato è esistita, basantesi esclusivamente sulle condizioni di povertà per evidenziare bisogni, quali quelli riconducibili alla non autosufficienza, da soddisfare pubblicamente.

Senza entrare nell'ormai vastissimo campo della previdenza sociale, la normativa che si è venuta delineando a favore degli invalidi nonchè di altre categorie a rischio, l'accoglimento del concetto della socialità di determinate malattie (2) ed, in ultima analisi, i principi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e della legge 23 dicembre 1978, n. 833, hanno trasformato il primitivo concetto dell'assistenza intesa come soddisfazione del precetto caritatevole che vincolava la soddisfazione pubblica del bisogno alla condizione di povertà - peraltro degno di ogni considerazione per i tempi nei quali fu affermato - nell'impegno sociale di tutti verso quella parte dei componenti la società che evidenziano, in un determinato momento della loro esistenza, esigenze primarie legate alla soddisfazione del personalissimo diritto alla dignità della vita (3). Ciò non deve apparire come eccezionale, poichè le norme emanate non rappresentano altro che l'attuazione del dettato costituzionale, con riferimento agli articoli 32 e 38.

Le realizzazioni compiute dal Paese non sono, altresì, una novità perchè senza ricordare la politica di assistenza sociale avviata in Germania sotto la guida del cancelliere Bismarck nel corso del XIX secolo, si tratta di un comportamento che, soprattutto a partire dalla seconda metà del XX secolo, molti altri Paesi, a noi vicini per tipo di civiltà (4), hanno realizzato, talvolta con risultati superiore a quelli conseguiti in Italia.

Se su queste considerazioni si può convenire, allora il problema giuridico comincia a delinearsi nei suoi giusti contorni, per cui non si tratta d'impostare un sistema di principi giuridici, che sono già presenti, ma di definire, attraverso le norme, il comportamento amministrativo della Pubblica Amministrazione tendente a garantire ai cittadini, che si trovano in situazioni che li portano ad esprimere un bisogno eccezionale riferito a diritti personali ed inalienabili, una corretta, efficace, efficiente e omogenea loro soddisfazione.

Non pare che le affermazioni predette possano essere interpretate come una sorta di garantismo omnicomprensivo ed esaustivo che, liberando il cittadino da ogni rischio, trasformi lo Stato in una sorta di «Stato-Providenza». Si tratta di bisogni estremamente severi rispetto ai quali l'attribuzione della qualificazione «di merito», nel senso sopra richiamato ai fini della soddisfazione pubblica, non diminuisce per l'interessato la profonda intima pena di esserne soggetto ma verso i quali la società deve agire ad evitare che alla sofferenza ineliminabile non si aggiungano altre sofferenze conseguenti alla difficoltà di soddisfare le esigenze vitali che, sia pure compromesse, sono pur sempre presenti.

(1) È nota l'importanza dell'articolo 22 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616,

(2) In quest'ambito potrebbe essere compresa anche la legge 4 agosto 1955, n. 692, «Estensione dell'assistenza di malattia ai pensionati di invalidità e vecchiaia».

(3) La legge 17 luglio 1890, n. 6972, costitutiva delle IPAB, limitava l'assistenza ai poveri e la condizionava all'esistenza di redditi spendibili da parte delle Istituzioni stesse (articolo 1).

(4) Si veda al riguardo la ricerca del Servizio Studi del Senato della Repubblica: *L'assistenza agli anziani*, Roma 1988 (pubblicata nel presente volume).

5. Il problema giuridico che deve essere affrontato non appare, quindi, particolarmente oneroso dal punto di vista dei principi, trattandosi dell'individuazione di normative di governo e di gestione di un sistema che sia in grado di produrre, nelle migliori condizioni, quei servizi riconosciuti idonei per la soddisfazione del particolare bisogno dell'anziano non autosufficiente.

Con questo non si afferma che non esista alcun problema perchè se è vero che la specificità ed omogeneità generale favorisce lo studio di un modello (5) è altrettanto vero che l'area d'intervento, i fattori che vengono impiegati, le correlazioni e reazioni che si originano dal loro congiunto utilizzo danno luogo ad un sistema estremamente complesso le cui regole generali naturali, se esistono, sono ancora in gran parte sconosciute (6).

6. Il problema più difficile da affrontare è, tuttavia, quello economico per molti e diversificati fattori.

Primo fattore è la base errata dalla quale si origina l'attuale dibattito tra i sostenitori del welfare-state e i detrattori dello stesso. Da un lato i primi tendono a minimizzare il fattore «costo» del servizio da erogare, dall'altro i secondi non valutano i «benefici» che dall'erogazione dei predetti servizi la collettività consegue. Più opportunamente nel dibattito occorre accettare l'esistenza di un limite per l'erogazione del servizio con riferimento ai benefici di cui i singoli percettori, e la collettività nel suo insieme, possono godere correlato ai costi conseguenti al prelievo coattivo dalle terze economie necessario a costituire le risorse occorrenti alla produzione dei primi.

Ne discende che l'accettazione del concetto del bisogno di «merito» non elimina il principio economico della limitatezza delle risorse a disposizione comportante una scelta circa le risorse da allocare in un determinato settore, ma ciò non toglie che l'intervento pubblico per questa categoria di bisogno, soddisfacendolo, induca benefici (7).

Un secondo fattore di difficoltà è rappresentato dal settore dell'intervento pubblico al quale far afferire l'onere dell'assistenza dell'anziano non autosufficiente. È noto come la tesi fino ad oggi dominante, almeno in via teorica, sia stata quella di un bisogno riconducibile all'area sociale, intendendo con ciò far riferimento ad un bisogno per certi versi naturale, anche se eccezionale, dell'uomo come singolo, nell'ambito eventuale della sua famiglia e del contesto sociale nel quale vive.

Con riferimento ai concetti espressi dal prof. Carbonin, la non autosufficienza è l'incapacità della persona di porsi autonomamente nei confronti della società nella quale vive. Ora, se come discriminante è usata la conseguenza di un evento, l'interpretazione sociale appare scontata. C'è,

(5) L'uso del termine modello non deve far sorgere, tuttavia, l'idea che sia possibile definire una totale omogeneità tra i vari interventi, sia spaziale sia protocollare. Tutti gli interventi che hanno ad oggetto diretto l'uomo nella sua specificità possono essere pensati ed attuati solo con riferimento a fasce di omogeneità dove il differenziale tra il valore superiore e quello inferiore è in funzione diretta dell'aggregazione delle diverse forme nelle quali si manifesta lo stesso bisogno e dei diversi protocolli che possono essere usati per raggiungere il risultato.

(6) È sempre difficile operare e definire regole generali quando il contesto non risponde a esatti principi scientifici ma a più inclassificabili comportamenti umani.

(7) Il concetto è, da questo punto di vista, diverso dall'intervento caritatevole.

tuttavia, da domandarsi se il riferimento alle cause che originano il fenomeno non sia un modo più puntuale di procedere.

Probabilmente la scelta sociale è supportata da un abito mentale, proprio di un passato neppure molto lontano. Tutta la normativa che precede la Costituzione repubblicana conserva in sé il concetto, per qualche verso vero, dell'equivalenza tra la non autosufficienza e la povertà.

Lo stesso legislatore costituzionale, nel mentre tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività (articolo 32) e riconosce il diritto al lavoratore a che siano assicurati mezzi adeguati alle sue esigenze di vita in caso d'infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia (articolo 38), garantisce cure gratuite agli indigenti ed il diritto ai mezzi necessari per vivere all'inabile al lavoro qualora ne sia sprovvisto. Da questa formula, predisposta alla fine della seconda guerra mondiale quando lo sviluppo economico della società in un'economia di mercato quale si è realizzato non era lontanamente pensabile, taluno ancora oggi vorrebbe far discendere il pagamento diretto delle prestazioni, considerando soddisfatto l'obbligo costituzionale, per lo Stato, con la messa a disposizione di servizi. In quest'ottica il riferimento all'area sociale rende più agevole una lettura storica della Costituzione.

Un terzo fattore di intralcio è rappresentato proprio dalla difficoltà di correlare l'imposizione fiscale, dimensionata direttamente od indirettamente al reddito di ciascuno, con le necessità della produzione di servizi pubblici. Certamente la fiscalizzazione degli oneri di alcuni servizi pubblici interrompe il diretto collegamento tra beneficio goduto e costo sostenuto, ma non per questo si può affermare che così facendo colui che usufruisce di un servizio pubblico lo goda, in ogni caso, gratuitamente. Attraverso l'imposizione fiscale, quindi, viene soddisfatto il dettato costituzionale della erogazione di servizi gratuiti solo agli indigenti.

7. Le osservazioni pregresse non possono cancellare, altresì, la fondamentale considerazione che la condizione di non autosufficienza deriva prioritariamente dalla malattia la quale, protraendosi nel tempo, a causa di una rottura dell'equilibrio biologico e del conseguente disadattamento psicologico e sociale, rende il soggetto incapace di provvedere a se stesso o di esprimere le proprie esigenze. Trattandosi di un malato il non autosufficiente resta sempre un soggetto da curare, derivando la sua condizione da postumi che l'intervento sanitario nella fase dell'acuzie non ha potuto evitare.

Impostando, quindi, l'analisi della situazione con riguardo all'origine del fenomeno del quale si affrontano le conseguenze, la qualificazione sociale del bisogno espresso dal non autosufficiente perde, sostanzialmente, ogni ragionevole motivo di centralità.

Gli illustri clinici nell'ambito del gruppo di esperti nominati dal Presidente della Commissione senatoriale d'inchiesta sono concordi nelle loro considerazioni: il problema dell'anziano non autosufficiente è di competenza sanitaria con alcune ricadute sociali (8).

(8) Si veda anche:

a) G. PERICO, *Anziani cronici non autosufficienti*, nella rivista *Aggiornamenti Sociali*, anno XXXIX, n. 7/8 Lug.Ago. 1988;

b) con dovizia di considerazioni: *Non autosufficienza dell'anziano. Strategie operative e sistema sanitario a confronto*, (documento di sintesi delle relazioni al convegno

8. La conclusione porta ad affermare che le risorse da impiegare nell'intervento a favore dell'anziano non autosufficiente non possono che essere di derivazione sanitaria, salvo quanto appresso specificato.

Facendo questa scelta si può incorrere nella critica di compiere una scelta di comodo, puntando ad un settore che, se pur in grave imbarazzo per incongruità tra risorse allocate e fattori impiegati, non di meno gestisce una notevole massa di risorse (9). È auspicabile che tutte le argomentazioni già portate a sostegno della tesi esposta concorrano ad eliminare l'ipotesi.

Indicare il settore sul quale far gravare l'onere non significa affermare che l'assistenza da erogare sia dello stesso tipo ed avvenga con i processi di cura applicati ad una patologia nello stato di acuzie. Dalle indicazioni mediche emerge l'opportunità che per l'anziano non autosufficiente i periodi di ricovero istituzionalizzato siano ridotti al minimo indispensabile e limitatamente a fenomeni acuti. L'istituzionalizzazione, spesso, è una concausa nella determinazione dell'instaurarsi o nell'aggravarsi di uno stato di non autosufficienza.

9. Dal punto di vista finanziario, comunque, le motivazioni che conducono alla cura della non autosufficienza sul territorio interessano per l'operatività. I problemi da risolvere possono essere raggruppati nei seguenti punti: determinazione delle risorse, origine delle medesime, soggetti facoltizzati a gestirle, strutture e fattori che con le predette risorse saranno impiegati.

Quanto all'origine molto è stato già detto circa la prioritaria componente sanitaria. Resta da valutare la presenza di concause (condizioni sociali, situazioni economiche, contesto ambientale) che influiscono sulla situazione primaria.

Il fatto che in sede medica si affermi la necessità dell'assistenza all'anziano non autosufficiente sul territorio sta a significare che esiste una zona grigia dove la parte sanitaria si confonde con quella sociale. Sembra corretto considerare che la non autosufficienza, nel creare esigenze nuove di tipo biologico, non elimina le esigenze ordinarie connesse alla vita, per cui la soddisfazione delle prime consente anche quella delle seconde.

Appare, quindi, logico sostenere che l'ammontare complessivo delle risorse di cui potrà disporre il sistema avrà un'origine sanitaria per quanto conseguente alle necessità derivanti da postumi della malattia ed una diversa origine per ciò che si riferisce alla soddisfazione delle ordinarie esigenze di vita, a carico dell'interessato tutte le volte che lo stesso disporrà dei mezzi necessari.

internazionale del giugno 1988, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina A. Gemelli, Roma);

c) il disegno di Piano sanitario nazionale, attualmente al vaglio del Consiglio dei ministri, che nell'apposito progetto sembra riconoscere la correttezza della impostazione sanitaria.

(9) Il fondo sanitario nazionale è in assoluto il maggior fondo che viene trasferito dal governo centrale al governo locale. In una ideale classifica dei gettiti delle diverse imposte, ipotizzando la fiscalizzazione totale della spesa sanitaria, l'imposta «sanitaria» (62.500 miliardi) si porrebbe al secondo posto subito dopo il gettito dell'IRPEF (92.812 miliardi) e prima del gettito dell'IVA (55.703 miliardi) a valori 1988.

In definitiva l'ordine delle risorse per l'assistenza integrale all'anziano non autosufficiente appare triplice:

risorse pubbliche sanitarie per la componente medica dell'assistenza;
risorse private personali per la componente naturale insita nel bisogno sanitario;

risorse pubbliche per la soddisfazione dei bisogni naturali in assenza di mezzi di sostentamento personali.

Nella determinazione delle risorse si evidenzia l'assenza d'informazioni che non permette di valutare puntualmente la dimensione del fenomeno. In particolare sono carenti gli studi sull'ammontare complessivo della spesa, nonché sui presumibili standard sia d'impiego di risorse sia di protocollo d'intervento. Per quest'ultimo inoltre vi sono obiettive difficoltà di ricondurre ad unità una pluralità d'interventi finalizzati allo stesso scopo.

In attesa di migliori informazioni gioverà ricorrere ad una scelta politica che non faccia riferimento ad un processo produttivo noto nelle sue variabili, quanto ad una valutazione delle condizioni e dei vincoli specifici che inquadrino il problema nel più ampio quadro delle scelte socio-economiche generali.

Legato intimamente a questo aspetto è quello dei soggetti facoltizzati a gestire il sistema, soggetti pubblici operanti sul territorio in stretto contatto con gli organi gestori dei servizi sanitari. Appare, a prima vista, naturale considerare l'USL come il referente.

Tuttavia pare di capire dal dibattito in corso che l'ipotesi di una cura dell'anziano non autosufficiente sul territorio sia proprio la conseguenza della filosofia dominante nell'organizzazione sanitaria, per cui tutto ciò che non è intervento nello stadio della acuzie di una patologia tende ad essere posto ai margini dell'attività medesima. La territorializzazione, al di là delle considerazioni mediche che spingono ad ipotizzare una cura collegata al territorio, avrebbe lo scopo di eliminare la riduzione d'interesse permettendo all'anziano non autosufficiente od a chi per lui di rivolgere ad un contesto più recettivo (il territorio) la sua richiesta di soddisfazione del bisogno, non acuto ma che si prolunga nel tempo.

La funzione dell'ente locale come centro di governo e d'indirizzo della predetta attività deve essere riconsiderata, senza per questo ritenere tramontato l'obiettivo dell'integrazione socio-sanitaria da attuarsi attraverso lo strumento che doveva essere l'unità locale dei servizi socio-sanitari, ridotta con l'approvazione della legge 833/78 ad unità sanitaria locale. Si tratta di calibrare meglio l'organo recettore del bisogno e guida alla sua soddisfazione, senza per questo ipotizzare una struttura parallela a ciò che già esiste. Cambia per contro il processo organizzativo e questo, deve essere chiaro, non è indifferente per il contesto operativo.

Si introduce così l'ultimo dei punti sopraricordati. Pare opportuno distinguere tra strutture organizzative tipicamente sanitarie e strutture per l'accoglienza. Mentre per le prime non esistono particolari problemi definitivi, per le seconde rilevanti aspetti sono tuttora da chiarire sia in relazione al diverso grado di non autosufficienza che determina un diverso bisogno di assistenza, sia nella considerazione che le strutture di accoglienza non sono necessariamente solo quelle collettive (pubbliche e private) ma anche la casa di abitazione nella quale un anziano non autosufficiente può vivere con l'assistenza familiare deve essere compresa nella fattispecie. Per

inciso, non si è ancora valutato a sufficienza il significato di convenienza economica che deriva dal poter disporre di un patrimonio edilizio privato che con l'istituzionalizzazione viene, nei fatti, abbandonato, per cui l'assistenza dell'anziano non autosufficiente in strutture istituzionali può dar luogo ad un raddoppio dell'investimento immobiliare.

10. Alla luce delle considerazioni fino a questo momento sviluppate appare sostenibile la proposta di evidenziare, nell'ambito del FSN, una quota destinata alla soddisfazione dei bisogni di assistenza dell'anziano non autosufficiente, che sarà integrata a livello locale dalle risorse che a titolo d'intervento sociale e d'intervento assistenziale verso i non abbienti gli enti locali impiegano, nonché di quanto i singoli interessati, in relazione alle rispettive capacità reddituali, possono apportare avuto riguardo ai naturali bisogni vitali inglobati nell'assistenza specifica.

L'individuazione di un complesso di risorse non necessariamente comporta la confluenza in un unico bilancio, ma rappresenta un comune budget affidato, per l'impiego, alle decisioni del soggetto facoltizzato a coordinare le funzioni operanti su di un determinato territorio volte all'impiego delle strutture e dei fattori correnti disponibili. Formalmente le risorse rimangono ciascuna nel proprio bilancio di origine ma vengono finalizzate ad un compito specifico.

Si viene delineando una sorta di «Autorità» (10) incaricata della soluzione dello specifico problema con poteri di coordinamento, d'indirizzo e di riscontro delle decisioni che altri organi dovranno, poi, formalmente assumere. La funzione appare duplice: politica e tecnica. Per il primo degli aspetti appare naturale riferirci al Consiglio comunale od all'Associazione intercomunale; per la funzione tecnica occorre individuare un organo, oggi inesistente, capace di valutare il grado di non autosufficienza per scegliere il protocollo d'intervento ed impiegare le attività proprie del sistema (ambulant, semi-stazionarie, stazionarie). L'«unità di valutazione» rappresenta l'anello mancante tra area sanitaria ed area sociale, tra bisogno del soggetto e necessità organizzative del sistema, tra territorio e bisogni in esso convergenti del singolo comune e territorio dell'USL ed offerta complessiva del servizio.

11. La determinazione dell'ammontare delle risorse attualmente impiegate, che potrebbero essere la base del *budget* finalizzato, non si presenta, peraltro, semplice, non esistendo rilevazioni specifiche. Un tentativo sarà fatto individuando, per la componente sanitaria, alcuni indicatori di attività istituzionalizzata che possono essere considerati «proxy» del fenomeno investigato.

Saranno utilizzati i seguenti indici:

a) negli istituti pubblici:

giornate di degenza per cure riabilitative intermedie;
giornate di degenza geriatrica;
giornate di luogodegenza,

(10) S'intende usare il termine nel concetto anglossassone di agenzia governativa per amministrare il risultato che proviene da una azienda pubblica.

b) nelle case di cura private convenzionate:
giornate di luogodegenza;
giornate di degenza geriatrica;
giornate di degenza per rieducazione funzionale
tutti riferiti ai dati recentemente pubblicati dal Ministero della sanità (11).

Non è certamente la diretta spesa per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, ma il valore sembra fornire un orientamento al problema. I dati, nei limiti della specificità richiamata, testimoniano:

a) di una base di risorse non indifferente allocate in un'area proxy a quella oggetto delle presenti considerazioni;

b) di un costo per giornata di ricovero elevato, anche se pare giusto osservare che si tratta di un valore medio e non di un costo *standard* riferito allo specifico intervento.

L'ambito di manovra non appare molto ristretto. La domanda da porsi è: quale il possibile recupero di efficienza? Probabilmente l'obiettivo concerne l'ammontare di risorse, in termini sia fisici sia economici, di cui abbisogna una struttura diversa da quella spedalizzata, in particolare la famiglia, per l'assistenza giornaliera al non autosufficiente anziano.

Occorre a questo riguardo avere almeno un'idea degli interventi che nel campo svolgono gli enti locali. La situazione informativa è ancora più carente che nel settore propriamente sanitario. Per i valori di base si fa riferimento ad una recente ricerca (12). La spesa regionale nel settore sociale è stata nel 1984 di circa 487 miliardi al netto del fondo *ex* decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977 e dell'eventuale fondo regionale aggiuntivo. Di questa 55 miliardi circa sono attribuibili all'assistenza specificatamente verso gli anziani (senza distinzione circa l'autosufficienza). Da un campione di 18 comuni significativi risulta che la spesa socio-assistenziale da questi sostenuta per il 55,3 per cento ha origine da trasferimenti regionali.

Con molta approssimazione si può pensare di valutare intorno ai 100 miliardi le risorse specificatamente stanziare a livello locale per l'assistenza agli anziani ed applicando al detto valore i tassi inflattivi effettivi per gli anni 1985, 1986 e 1987 si giunge ad un valore di circa 120 miliardi a prezzi 1987.

La quota parte delle risorse (circa 335 miliardi) confluite dei fondi prima ricordati, considerando una percentuale di attribuzione eguale a quella dell'aggregato precedente (11,3 per cento), assomma a circa 37 miliardi a prezzi 1984 che diventano circa 45 miliardi a prezzi 1987.

Con tutte le riserve e le incertezze che questo modo di procedere comporta, circa il significato dei valori desunti, si può pensare, per il 1987, ad una somma indicativa complessiva di circa 170/200 miliardi, che in via ipotetica si può al massimo portare a 300 miliardi, senza peraltro avere elementi giustificativi di questa ulteriore valutazione.

Sono dati, comunque, significativi della rilevante disparità tra spesa istituzionalizzata e spesa territorializzata. Da questo punto di vista ciò

(11) Sistema informativo sanitario - Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria, *Attività gestionali ed economiche delle USL*. Roma, dic. 1988.

(12) LABOS, *Regioni e politiche socio-assistenziali*, Roma 1987.

concorda con le caratteristiche della spesa sanitaria nel cui ambito quella ospedaliera raggiunge non meno del 63 per cento della spesa totale corrente.

Non appare fuori luogo pensare - anche restringendo l'ammontare delle risorse a metà del valore sopra determinato ed aggiungendo quelle dei diretti interessati, per la parte di bisogni naturali congiuntamente soddisfatti nella soddisfazione del bisogno della non autosufficienza - che potrebbe essere assistito, sul territorio, dal doppio al triplo dei soggetti oggi assistiti, senza con questo ridurre la qualità dell'assistenza.

12. Per concludere la proposta che si può avanzare può essere così condensata:

a) costituzione di un'Autorità locale tecnico-politica nell'ambito della quale alla competenza politica (Consiglio comunale od Associazione intercomunale) spetti la determinazione degli obiettivi ed il riscontro del loro grado di realizzazione ed alla competenza tecnica (Unità di valutazione) sia affidata la gestione del sistema, gestione espletantesi in una valutazione dal punto di vista medico delle condizioni di non autosufficienza dell'anziano per graduare l'intervento pubblico avuto riguardo alle strutture disponibili sul territorio (dall'abitazione personale fino alla massima istituzionalizzazione);

b) eventuale creazione di un organismo di coordinamento provinciale al quale potrebbe essere affidato anche il controllo di qualità, particolarmente importante in un servizio estremamente parcellizzato e specificatamente attivato nei confronti di singoli soggetti non aggregati dalle regole di una qualsivoglia istituzione;

c) rendere l'Autorità locale responsabile dell'impiego, attraverso la determinazione delle attività, negli aspetti quantitativi e qualitativi, delle risorse allocate, fermo lasciando la loro gestione nell'ambito degli enti che giuridicamente ne dispongono;

d) prevedere che alla composizione del *budget* per l'erogazione dell'assistenza concorrano il FSN di parte corrente, le spese già storicamente sostenute dagli enti locali a tal fine, la partecipazione degli interessati se in possesso di idonei livelli di sostentamento per la quota parte di bisogni naturali soddisfatti in congiunzione con il bisogno primario;

e) considerare l'istituzionalizzazione in reparti ospedalieri come cure di uno stato di acuzie, quindi al di fuori del *budget* predetto, per favorire l'interesse dell'intero sistema ad un modo non spedalizzante di affrontare la cura dell'anziano non autosufficiente, prevedendo un periodo di transizione per consentire la creazione di servizi sul territorio al fine di portare l'assistenza predetta prevalentemente al suo interno;

f) impiegare le risorse previste nell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 verso obiettivi di territorializzazione e mantenere il progetto «Anziani» del PSN, recentemente proposto, nell'ambito di questa filosofia;

g) prevedere, nel periodo di transizione, un intervento mirato solo ad alcune aree di sperimentazione, da scegliere con accuratezza, tenuti presenti i diversi livelli e le differenti realtà sociali esistenti (13), al fine di favorire da un lato la possibilità di un pronto riscontro tra ipotesi e realizzazioni e capire

(13) Illuminanti al riguardo le diverse realtà esposte dagli Assessori regionali della Toscana e della Calabria.

l'intimo svolgersi dei processi produttivi che si realizzano e dall'altro la sinergia delle risorse che, non certo molto abbondanti, perderebbero ogni valore se distribuite secondo criteri di genericità. Dalla sperimentazione, in un secondo momento, potranno essere tratti gli insegnamenti per definire un modello di riferimento da applicare all'intero Paese.

Dal punto di vista giuridico il concetto di Autorità locale viene proposto al fine di evitare l'eccessiva amministrativizzazione di funzioni che sono strumentali rispetto ai reali fini istituzionali del governo del Paese nei suoi diversi livelli, per creare le premesse per decisioni finalizzate «problem solving» e non ai processi di produzione degli atti (14). Non occorrono molte leggi ma idee, linee di principio, indirizzi costanti e solidi che possano avviare la trasformazione dell'amministrazione italiana nel settore delle attività strumentali pubbliche.

È, comunque, necessario che il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 1985, concernente l'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, venga modificato nella sua intima struttura. È un provvedimento che fin dalla sua pubblicazione ha dimostrato i limiti di una visione contabile del problema e che ove rimanesse nella sua attuale stesura renderebbe, nei fatti, inutili tutte le proposte fatte.

Al di là delle considerazioni di ordine medico e sociale circa la convenienza a favore di un'assistenza sul territorio all'anziano non autosufficiente, sta la semplice osservazione economica che il divieto di utilizzare in forme alternative quote del FSN spinge la struttura a sanitarizzare, secondo il concetto recepito dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, attraverso il ricovero improprio, bisogni egualmente di cura, ma che soddisfatti sul territorio vedrebbero calare il loro costo dalle 2 alle 3 volte.

(14) Sono concetti, come ha recentemente affermato F. Merusi, che dovrebbero spingere l'azienda pubblica a riacquistare un'autonomia gestionale, da schemi ed atti formali, uscendo dall'ambiguità che ha caratterizzato il sistema dal momento nel quale le leggi crispine, pubblicizzando le opere pie, applicarono a soggetti di diritto privato il modello degli enti pubblici locali che, com'è noto, è caratterizzato dal porre in essere la propria attività attraverso atti amministrativi. L'errore consistette, e consiste, nel pretendere di applicare l'atto amministrativo ad un servizio, od alla sua gestione.

ASPETTI QUANTITATIVI E TENDENZE EVOLUTIVE DELL'AGGREGATO DEGLI ANZIANI

di Ornello VITALI

1. - Considerazioni generali

1.1. - Affrontare il tema della dignità e della condizione sociale dell'anziano comporta, fra l'altro, sia delineare la consistenza dell'ammontare della popolazione interessata, sia prospettare le tendenze evolutive, sia infine individuare le conseguenze di natura sociale (sanitaria, pensionistica, ecc.) che da quella evoluzione derivano.

Talune delle tematiche dianzi elencate verranno qui trattate, sia pure con diverso grado di analiticità, in funzione della documentazione statistica esistente al riguardo. Ben si comprende, tuttavia, come il compito fondamentale consista nell'approntamento di previsioni demografiche, per singolo anno di età e sesso, oltre che per le tre grandi ripartizioni geografiche (Italia settentrionale, Italia centrale e Mezzogiorno), le quali consentono di delineare le differenze esistenti sul territorio nei confronti del fenomeno oggetto di studio. Esse riflettono anche le zone in cui di norma si manifestano diversità «reali» di trattamento degli anziani, a fronte dell'esistenza di una legislazione ovviamente uniforme.

1.2. - Più in particolare, si è proceduto a determinare le previsioni demografiche per gli anni che vanno dal 1988 (essendo il 1987 l'ultima epoca per la quale si disponeva dei dati di base) sino al 2010, anche se, naturalmente la situazione riguardante quest'ultimo anno può riguardarsi come configurazione di puro riferimento, poichè, evidentemente, risultano di maggiore interesse gli esercizi previsionali al 1995 o al 2000, epoche ormai relativamente prossime. Può tuttavia precisarsi che, se è vero che queste due dare suscitano una attenzione più viva, è altrettanto vero che una politica lungimirante non deve trascurare le tendenze di maggiore respiro; in effetti, come si vedrà, le previsioni di lungo periodo relative agli anziani sono praticamente certe dato che, al momento in cui si esegue l'operazione, per essi è già avvenuto l'evento fondamentale: la nascita. In verità, ciò che cambia o può mutare nel predisporre previsioni che si servono di ipotesi alternative non è tanto la futura consistenza di anziani quanto i rapporti dimensionali che si instaureranno fra le classi di età avanzate e quelle giovanili, poichè una qualche diversità delle previsioni rispetto alla realtà riguarda più la fecondità che la mortalità.

1.3. - Anche se, come si vedrà, le previsioni sono state effettuate appositamente per questa indagine, servendosi degli ultimi dati disponibili e delle tecniche più aggiornate, è sembrato riduttivo predisporre soltanto un quadro demografico, pur fondamentale, poichè gli individui costituenti ogni popolazione e, in particolare, la popolazione italiana, si connotano non solamente in funzione della loro età o sesso, ma anche di altre caratteristiche socio-economiche di cui si deve tener conto nell'avanzare proposte sul tema oggetto di discussione.

Pertanto, si sono determinati i contingenti demografici di coloro che, alla fine di ogni anno di previsione, si ritirano dal lavoro in funzione del settore di attività economica dal quale provengono, ritenendo che le proposte da avanzare per rendere gli anziani protagonisti e non più emarginati debbano dipendere in larga misura dalla loro storia passata, connessa strettamente con il loro ambiente di lavoro.

Inoltre, facendo ricorso alla pubblicazione ISTAT del 1983 sull'indagine relativa alle condizioni di salute della popolazione e al ricorso ai servizi sanitari e alle rilevazioni sui dimessi ospedalieri del 1982, si sono costruiti degli indicatori che consentono di rilevare, fra l'altro, che, a fronte di una diminuzione della popolazione complessiva, lo Stato dovrà accantonare un ammontare sempre maggiore di risorse per curare la popolazione a seguito del prodursi del fenomeno dell'invecchiamento.

Tutte queste misure, ottenute impiegando metodologie non complesse e facilmente comprensibili, concorreranno a stabilire le coordinate essenziali del problema degli anziani, della sua portata e delle difficoltà di ogni tipo che una sua adeguata soluzione comporta.

2. - *Caratteristiche delle previsioni demografiche*

2.1. - Non sembra opportuno illustrare analiticamente il modello utilizzato per effettuare le previsioni oggetto del presente studio, anche se in Appendice vengono forniti gli elementi indispensabili per la individuazione della sua struttura.

Conviene invece ora fornire qualche dettaglio sulle caratteristiche dei regimi di fecondità, mortalità e migrazione inseriti nello schema previsivo.

Per quanto attiene alla fecondità, si è supposto che i regimi riguardanti l'Italia settentrionale e centrale rimanessero pressochè costanti e rispettivamente pari ai livelli fatti registrare nel periodo 1984-87, mentre quelli del Mezzogiorno si uniformassero quasi completamente, a partire dal 1996, al regime dell'Italia settentrionale, seguendo una evoluzione graduale.

Va precisato, inoltre, che è stata effettuata una seconda proiezione nella quale il sostanziale elemento di diversificazione riguarda il livello del tasso lordo di riproduzione (numero medio di figli per donna) del Mezzogiorno, che è stato posto tendenzialmente pari a 1,20, superiore cioè ad 1,05, che è il valore dell'Italia centrale e ad 1,00 che si riferisce all'Italia settentrionale. Giova precisare, al riguardo, che già al 1987 le due ripartizioni, settentrionale e centrale, si situano in pratica ai due livelli ipotizzati.

Si è supposto inoltre che la mortalità si mantenesse costante intorno ai livelli presentati da ciascuna ripartizione geografica nel periodo 1979-83. Si è

in proposito utilizzata la funzione di sopravvivenza proposta da Petrioli (1) i cui parametri sono stati stimati impiegando le appropriate tavole di mortalità recentemente costruite dall'ISTAT e relative al periodo dianzi specificato.

Si è infine ipotizzato che il movimento migratorio riproducesse gli andamenti registrati nel 1983-85, così come sono desumibili dalla documentazione anagrafica degli iscritti e cancellati; la ripartizione di tali dati complessivi per sesso e classe annuale di età si è resa possibile mediante l'utilizzazione di modelli *standards*, essendo nota la sostanziale stabilità dei profili rappresentativi delle curve che descrivono il fenomeno oggetto di studio nel tempo e nello spazio (2). D'altro canto, la difficoltà di ipotizzare la consistenza futura dei movimenti migratori con l'estero, specialmente in un periodo come quello attuale, nel quale non è del tutto chiara la posizione del nostro Paese rispetto al fenomeno da prevedere, ci ha sconsigliato di considerarlo esplicitamente e ci ha indotto a far intervenire nel modello i soli flussi migratori interni tra grandi ripartizioni geografiche.

2.2. - Ciascuna delle ipotesi adottate andrebbe lungamente discussa e giustificata, anche per rendere comprensibile ed evidente la portata e i limiti dell'operazione previsiva predisposta. Ci sembra tuttavia che il farlo ci allontanerebbe troppo dal fine principale della presente trattazione; tale circostanza ci spinge ad esplicitare una valutazione sintetica delle previsioni stesse anche se essa si rivelerà in qualche misura generica.

In via generale, le assunzioni di ipotesi di costanza nei livelli relativi dei fenomeni che caratterizzano l'ammontare e le strutture delle compagini demografiche ripartizionali (o di evoluzione tendenziale, nel caso del Mezzogiorno) si prestano ad una interpretazione chiara del semplice modello utilizzato - che aiuta nell'analisi - anche se è difficile ritenere che essi si realizzeranno completamente in dettaglio. Ma può realisticamente pensarsi che assisteremo a mutamenti improvvisi e imprevisi nei comportamenti riproduttivi futuri? Nessuno è in grado di dirlo. Sembra tuttavia più probabile il prodursi di oscillazioni intorno ai livelli medi attuali, salvo per il Mezzogiorno, in cui la diffusione dei valori e dei modi di vita propri della civiltà urbana appare mediamente in ritardo rispetto alle altre zone del Paese (3), e per il quale si è previsto un allineamento tendenziale (su valori diversi nelle due ipotesi previste di evoluzione del tasso lordo di riproduzione, e cioè 1,08 e 1,20) con i livelli delle regioni più evolute nel Nord (scartando tuttavia l'ipotesi estrema di ulteriori contrazioni che conducessero alla uniformità con gli ordini di grandezza dei parametri propri di talune regioni settentrionali dove la situazione è più critica dal punto di vista dell'accrescimento di popolazione): come si evince, si tratta di previsioni che non assumono il prodursi di una «rivoluzione» nei

(1) Si veda: L. PETRIOLI, M. BERTI, *Modelli di mortalità*, F. Angeli, Milano, 1979.

(2) Si vedano: L. LIVI, *Computo della distribuzione degli emigrati e dei rimpatriati secondo l'età (sessennio 1920-1925)*, Annali di Statistica, Serie VI, vol. III, Roma, 1929; L. H. HONG *New Estimates of Migration Expectancy in the United States*, JASA, 1968; A. ROGERS, R. RAQUILLET, L. J. CASTRO, *Model Migration Schedules and their Applications*, Environment and Planning, 1978; A. BONAGUIDI, *Struttura demo-economica delle migrazioni: l'analisi per età*, in *Migrazioni e demografia regionale in Italia* (a cura di A. BONAGUIDI), F. Angeli, Milano, 1985.

(3) Si veda: O. VITALI, *L'evoluzione rurale - urbana in Italia*, F. Angeli, Milano, 1983.

comportamenti demografici, ma che esplicitano tendenze che sono già nelle cose.

In via particolare – tenuto conto del problema che si vuole analizzare – non vi è dubbio che l'aver assunto livelli di mortalità costanti e pari a quelli del 1979-83 costituisce una visione pessimistica dell'evolversi del fenomeno, tenuto conto di alcuni non trascurabili guadagni che potrebbero realizzarsi, o che si sono realizzati, nei livelli di sopravvivenza dopo di allora. Tale circostanza interessa grandemente l'attuario, che si misura giustamente con i problemi del momento: in effetti, una più elevata sopravvivenza dovrebbe dar luogo ad un carico di anziani per attivo che risulterà maggiore ai valori che verranno illustrati in seguito. Tuttavia, tenendo conto della impostazione generale adottata, risultano più importanti ai nostri fini le misure della fecondità, dato che non si possono confondere due problemi: quello del concreto carico pensionistico nell'immediato che, ovviamente, è soltanto influenzato dalla legge di mortalità e che, al limite, rende superfluo il ricorso alla previsione demografica, e quello degli squilibri strutturali demografici nel medio e nel lungo periodo, per il quale le misure che maggiormente interessano sono quelle della fecondità (4).

2.3. – Prima di procedere alla descrizione dei risultati ottenuti, ci sembra doveroso specificare che il quadro generale in cui ci siamo posti per l'effettuazione delle previsioni è quello «per contemporanei» e non «per generazioni», come più correttamente si sarebbe dovuto fare, dato che la struttura delle funzioni di tipo gamma utilizzate per la previsione della fecondità (vedi Appendice) privilegiava il primo dei due metodi. Come è noto, invece, il secondo atteggiamento è quello che fornisce i risultati più probanti perchè è stato messo in evidenza che, talvolta, la diminuzione dei quozienti di fecondità specifica rilevati per alcuni anni nell'ottica per contemporanei – o alcune loro misure sintetiche come il tasso lordo di riproduzione – possono essere causati soprattutto da uno spostamento in avanti del calendario delle nascite e, pertanto, è alla discendenza finale delle varie generazioni che occorre fare riferimento. Ciò è indubbiamente vero. In effetti, l'ottica per contemporanei potrebbe amplificare tendenze di breve periodo che, ove si considerino le generazioni femminili lungo l'arco del loro intervallo fecondo, potrebbero rivelarsi insussistenti od esagerate.

Tuttavia, la diminuzione della fecondità riscontratasi in Italia dura ormai da oltre un ventennio e, inoltre, se si vanno ad osservare i livelli delle loro misure nelle grandi ripartizioni, ci si rende conto che, pur verificandosi recentemente tenui diminuzioni nel tasso lordo di riproduzione nell'Italia

(4) Lotka per primo, ma anche Coale, hanno chiaramente posto in luce che, con certezza matematica, una popolazione con una bassa fecondità deve essere più vecchia di una popolazione con una fecondità alta. Inoltre, l'azione dei due fenomeni, fecondità e mortalità, sulla struttura per età di una popolazione, risulta notevolmente differenziata, poichè la fecondità giuoca un ruolo sensibilmente più importante. Si vedano A. J. LOTKA, *Théorie analytique des associations biologiques*, Parte I, *Principes*, Herman, Paris, 1939; A. J. COALE, *How the Age Distribution of a Human Population is Determined*, Cold Spring Harbor Symposia on Quantitative Biology, 1957.

Esistono comunque attualmente problemi concettuali e di misura nei confronti della mortalità, che sembra realizzare discreti guadagni, in contrasto con quanto molti studiosi ritenevano possibile a priori. Ciò sta a significare che il numero di anziani determinato dalle previsioni costituisce una misura minima e prudenziale del fenomeno che potrebbe risultare in concreto anche più consistente nel futuro.

settentrionale e in quella centrale, le più ingenti contrazioni si sono realizzate nel Mezzogiorno: ciò induce a ritenere che, con pratica certezza, esso si adeguerà ai livelli riproduttivi delle altre due ripartizioni geografiche. Inoltre, recenti ricerche europee sulla fecondità (5) hanno messo in luce che, se è vero che il confronto fra i tassi di fecondità del momento e quelli della fecondità finale, tra il 1940 e il 1980, amplificano indebitamente le tendenze alla diminuzione, ciò non si verifica affatto per l'Italia, nella quale le misure per contemporanei uguagliano quelle per generazioni. Senza contare che la distinzione proposta, se è rilevante sul piano teorico, lo è meno sul piano pratico, soprattutto quando la proiezione demografica non viene protratta per periodi più ampi di mezzo secolo, come è appunto il nostro caso.

Ciò detto, occorre sempre tener presente che una previsione è sempre una proiezione di tendenze le quali possono essere smentite nel comportamento riproduttivo futuro (anche se dubitiamo fortemente che ciò possa accadere) e, pertanto, essa deve essere sempre considerata come uno schema di riferimento.

Al fine di esplicitare ancor più chiaramente le ipotesi assunte per la fecondità può utilmente consultarsi la Tab. 1, nella quale sono esplicitate le tendenze dei tassi lordi di riproduzione ripartizionali assunte nelle previsioni (si tenga presente che, per il Mezzogiorno, dal 1976 al 1987, si può stimare che il tasso lordo di riproduzione è passato da 2,60 a 1,67).

TABELLA 1

IPOTESI SULLA EVOLUZIONE DEL TASSO LORDO DI RIPRODUZIONE RIPARTIZIONALE

(dopo il 1996 valori constanti)

GRANDI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	ANNI				
	1987	1988	1989	1993	1996
<i>Ipotesi evolutiva</i>					
Italia settentrionale ..	1,06	1,04	1,01	1,00	1,00
Italia centrale	1,15	1,10	1,06	1,05	1,05
Mezzogiorno	1,67	1,60	1,55	1,35	1,20
<i>Ipotesi di allineamento</i>					
Italia settentrionale ..	1,06	1,04	1,01	1,00	1,00
Italia centrale	1,15	1,08	1,04	1,00	1,00
Mezzogiorno	1,67	1,60	1,53	1,25	1,08

2.4. - Come detto, l'operazione previsiva predisposta, assumendo come nullo il saldo migratorio con l'estero, che invece negli ultimi anni è risultato leggermente positivo (intorno ai 50-60 mila individui ogni anno), potrebbe ritenersi sottovalutare l'aggregato demografico nazionale. Tuttavia i riscontri

(5) G. CALOT, C. BLAYO, *The Recent Course of Fertility in Western Europe*, Population Studies, novembre 1982. Si vedano anche le interessanti osservazioni contenute in: M. S. TEITELBAUN, J. M. WINTER, *The Fear of Population Decline*, Orlando, Academic Press Inc., 1985 (trad. it.: *La paura del declino demografico*, Il Mulino, Bologna, 1987).

censuari che, a partire dal 1951, si realizzano ogni decennio hanno sempre mostrato che la popolazione residente anagrafica sopravvalutava quella di censimento per ammontari che superano il milione; vero è che nel decennio 1971-1981 tale eccedenza si è situata a livelli di poco superiori alle 400 mila unità, ma, per l'appunto, la consistenza segnalata, sulla quale sarebbe ad un tempo facile e troppo lungo discettare, dimostra ancora che i valori del saldo migratorio con l'estero sopravvalutano quanto in realtà accade e ci confermano nella decisione di assumerne come nullo il corrispondente valore (6).

Ma anche ove si volesse ritenere come effettivamente realizzatisi i valori positivi dei saldi migratori anagrafici con l'estero, ciò muterebbe di poco sia i livelli dei risultati complessivi ottenuti, sia le principali caratteristiche strutturali della popolazione. In verità, può ritenersi che la distribuzione per età degli immigrati (fra i quali prevalgono i «ritorni» di connazionali che in età giovanile avevano lasciato il nostro Paese trasferendo la residenza) sia più vecchia di quella ottenuta nelle previsioni e di quella relativa a coloro che emigrano, ma l'ammontare del saldo migratorio è così esiguo da non influenzare che marginalmente i risultati che illustreremo. Va d'altro canto sottolineato che gli italiani che ritornano godono mediamente di un buon reddito e di assicurazioni sociali contratte nei paesi dove hanno trascorso la vita lavorativa e, pertanto, non contribuiscono o non dovrebbero contribuire ad aggravare la situazione previdenziale italiana.

3. - *I risultati delle previsioni*

3.1. - Non sembra il caso di fornire molti risultati generali delle previsioni e di indugiare a lungo sulle loro caratteristiche, tenuto conto del fine principale che ha guidato il presente studio (anche se la consultazione delle tavole raccolte in Appendice consente utili approfondimenti per coloro che sono interessati). Di conseguenza illustreremo soltanto o soprattutto quegli aspetti che sono connessi con il problema dell'invecchiamento della popolazione.

Si vuole però prima di tutto porre in evidenza un aspetto fondamentale desumibile dai risultati contenuti nella Tab. 2. Accanto al fatto incontestabile della diminuzione futura della popolazione italiana, di cui parleremo fra poco, sembra ancora più importante osservare che il confronto fra l'ipotesi «evolutiva» (tassi lordi di riproduzione diversificati nelle tre grandi ripartizioni) e quella di «omogeneità» (pratico allineamento del tasso lordo di riproduzione del Mezzogiorno alle corrispondenti misure delle due restanti grandi ripartizioni) evidenzia una differenza fra le due prefigurazioni nel 2010 che è inferiore, per il complesso del Paese, a 350 mila individui, quasi tutti attribuiti al Mezzogiorno. Tale risultato rende del tutto evidente come la diminuzione tra il 1987 e il 2010 della popolazione italiana risulti non tanto

(6) Non è un mistero che l'anagrafe, in molti comuni italiani, soprattutto i più grandi, rispecchia sempre meno lo svolgersi concreto dei fatti per quanto riguarda la popolazione residente. I motivi di ciò sono intuibili, appena che si rifletta alle vicende che nell'ultimo quindicennio hanno interessato il nostro Paese. Tuttavia l'ISTAT, mentre sino alla fine degli anni settanta concentrava molte energie per la corretta tenuta delle anagrafi, ha attenuato gli sforzi nell'ultimo periodo, il che concorre a spiegare la diminuzione del saldo migratorio con l'estero registratosi nel 1971-1981 rispetto ai decenni precedenti.

legata - almeno nel periodo considerato - alla contrazione o meno dei tassi lordi di riproduzione stessi, quanto al fatto che sono proprio i livelli di fecondità oggi esibiti dalle grandi ripartizioni geografiche che conducono decisamente al declino demografico. Ovviamente, ove si proseguisse ulteriormente nell'esercizio previsivo, la diminuzione della popolazione italiana si differenzerebbe ben altrimenti nelle due ipotesi. Poichè però è presumibile che l'interesse politico per il problema demografico non si spinga al di là del medio periodo, i risultati ci dicono che è quasi del tutto indifferente consultare l'una o l'altra prefigurazione. Pertanto - anche al fine di evitare l'accusa di voler essere tendenziosi - faremo nel seguito riferimento all'ipotesi «evolutiva», cioè a quella che valuta con maggior prudenza il calo della popolazione italiana.

TABELLA 2

PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE PER GRANDI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE,
A VARIE EPOCHE, SECONDO DUE IPOTESI

(migliaia di unità)

GRANDI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	A N N I						NUMERI INDICI (1987 = 100)	
	1987	1990	1995	2000	2005	2010	2000	2010
<i>Ipotesi evolutiva</i>								
Italia settentrionale ..	25.519	25.213	24.537	23.629	22.561	21.382	92,6	83,8
Italia centrale	10.952	10.903	10.768	10.516	10.162	9.746	96,0	89,0
Mezzogiorno	20.928	21.066	20.813	20.286	19.622	18.731	96,9	89,5
ITALIA ...	57.399	57.182	56.118	54.431	52.345	49.859	94,8	86,9
<i>Ipotesi allineamento</i>								
Italia settentrionale ..	25.519	25.213	24.537	23.627	22.554	21.370	92,6	83,7
Italia centrale	10.952	10.902	10.750	10.483	10.116	9.687	95,7	88,4
Mezzogiorno	20.928	21.066	20.774	20.162	19.428	18.462	96,3	88,2
ITALIA ...	57.399	57.181	56.061	54.272	52.098	49.519	94,6	86,3

3.2. - I risultati ottenuti (Tab. 2) colpiscono la nostra attenzione poichè quantificano in tutta la loro evidenza la contrazione che si produrrà nel contingente demografico italiano. Contrazione che supererà i 7,5 milioni di persone al 2010, un dato da non sottovalutare, che pone a tutti seri interrogativi e che deve far riflettere soprattutto gli amministratori pubblici poichè, come è noto, una diminuzione così forte e così rapida altera tutte le strutture demografiche e, di conseguenza, tutti gli equilibri esistenti. Il calo demografico interesserà soprattutto l'Italia settentrionale (- 4,1 milioni), ma anche nell'Italia centrale (- 1,2 milioni) e nello stesso Mezzogiorno (- 2,2 milioni) si produrranno sensibili contrazioni (7). Esso potrebbe essere

(7) Ben si comprende che, anche se si ipotizzasse un saldo migratorio non nullo con l'estero, che si attestasse sui livelli medi 1982-1987, si recupererebbe poco più di un milione di persone, pressochè tutte in età avanzata, che ridurrebbero il calo a 6 milioni, con un appesantimento però della quota di anziani. Tuttavia tale tesi appare difficile da condividere sulla scorta di quanto detto in precedenza.

limitato ove proseguissero i miglioramenti nei livelli di mortalità riguardanti soprattutto le classi anziane: la popolazione diminuirebbe di meno, ma si accrescerebbe di conseguenza il suo invecchiamento.

Evidentemente, ove si faccia riferimento all'anno 2000, la contrazione della popolazione risulterebbe pari a 3 milioni circa, un valore più contenuto e tuttavia assai rilevante che difficilmente potrebbe scongiurarsi, anche se le coppie manifestassero improvvisamente robusti incrementi di fecondità, comportamento che appare al giorno d'oggi alquanto improbabile.

Quanto sin qui detto attiene, tuttavia, a circostanze che dovranno accadere, sia pure con alto grado di affidabilità. Se però si esaminano i dati raccolti nella Tab. 3 ci si rende conto che le eventuali incertezze riguardano le classi di età giovanile e le prime classi delle età centrali - per le quali, come detto in precedenza, non è ancora avvenuto al momento della previsione il fondamentale evento della nascita - ma non le classi di età mature, sempre che si assuma che il regime di mortalità rimanga quello del periodo 1979-1983. In effetti, nelle due prefigurazioni compiute gli individui delle classi di età anziane risultano esattamente uguali, così come doveva essere, ed è a questo aggregato che occorrerà fare riferimento, sicuri come siamo che il contingente effettivo di popolazione con oltre 60 e 65 anni di età si discosterà dai risultati teorici ottenuti soltanto in funzione di ulteriori miglioramenti nella mortalità: ciò potrebbe comportare un concreto maggior numero di anziani e quindi, come detto, le valutazioni effettuate risultano di tipo prudentiale e non sono tendenziosamente positive nei confronti del futuro grado di invecchiamento.

TABELLA 3

PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE ITALIANA PER CLASSE DI ETÀ,
A VARIE EPOCHE, SECONDO DUE IPOTESI

(valori assoluti in migliaia di unità)

CLASSE DI ETÀ (anni)	VALORI ASSOLUTI				VALORI PERCENTUALI			
	1987	1995	2000	2010	1987	1995	2000	2010
<i>Ipotesi evolutiva</i>								
0-14	10.197	7.983	6.684	4.445	17,8	14,2	12,3	8,9
15-44	25.319	25.160	24.267	20.301	44,1	44,9	44,5	40,7
45-64	14.035	14.146	14.231	15.613	24,4	25,2	26,2	31,3
65 e più	7.848	8.829	9.249	9.500	13,7	15,7	17,0	19,1
TOTALE ...	57.399	56.118	54.431	49.859	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Ipotesi allineamento</i>								
0-14	10.197	7.926	6.525	4.162	17,8	14,1	12,0	8,4
15-44	25.319	25.160	24.267	20.244	44,1	44,9	44,7	40,9
45-64	14.035	14.146	14.231	15.613	24,4	25,2	26,2	31,5
65 e più	7.848	8.829	9.249	9.500	13,7	15,8	17,1	19,2
TOTALE ...	57.399	56.061	54.272	49.519	100,0	100,0	100,0	100,0

Riserviamo ancora qualche cenno ai dati raccolti nella Tab. 3: essi pongono in luce con grande evidenza lo scenario inquietante che si produrrebbe ove i livelli di fecondità attuali si evolvessero secondo l'ipotesi evolutiva predisposta, che appare molto probabile, se non addirittura ottimistica. I contingenti giovanili al 2010 risulterebbero meno della metà di quelli del 1987, mentre il numero degli anziani toccherebbe i 9 milioni e mezzo, contro i 7,8 milioni odierni. Questi dati descrivono compiutamente i profondi mutamenti che si produrranno, ma quasi altrettanto importanti – anche se a prima vista lo sembrano meno, e perciò vengono di solito trascurati – risultano gli andamenti evolutivi delle due classi di età intermedia, quella da 15 a 44 anni, che fa registrare una diminuzione di 5 milioni nel ventitreennio considerato, e quella da 45 a 64 anni, che invece aumenta e prefigura squilibri strutturali futuri ben altrimenti rilevanti.

3.3. – Da ultimo, analizziamo i dati raccolti nella Tab. 4, nella quale sono riportati i valori degli indici di vecchiaia e della percentuale di popolazione anziana su quella totale. Per quanto attiene a quest'ultimo parametro, occorre osservare che il peso degli anziani si accresce notevolmente dal 1987 al 2010, passando dal 13,7 per cento al 19,1 per cento, un aumento che sfiora il 40 per cento nell'intero periodo considerato.

TABELLA 4

INDICI DI VECCHIAIA E QUOTA PERCENTUALE DI POPOLAZIONE DA 65 ANNI IN POI
SULLA POPOLAZIONE COMPLESSIVA, A VARI ANNI,
PER GRANDE RIPARTIZIONE GEOGRAFICA

INDICATORI PERCENTUALI	A N N I				VARIAZIONI PERCENTUALI			
	1987	1995	2000	2010	1987-1995	1995-2000	2000-2010	1987-2010
ITALIA								
P_{65+}/P_{0-14}	77,0	110,6	138,4	213,7	43,6	25,1	54,4	177,5
P_{60+}/P_{0-19}	75,4	104,9	130,5	196,1	39,1	24,4	50,3	160,1
P_{65+}/P	13,7	15,7	17,0	19,1	14,6	8,3	12,4	39,4
Italia settentrionale								
P_{65+}/P_{0-14}	98,0	146,6	184,8	290,2	49,6	26,1	57,0	196,1
P_{60+}/P_{0-19}	92,7	136,3	173,7	262,4	47,0	27,4	51,1	183,1
P_{65+}/P	14,8	17,1	18,6	21,3	15,5	8,8	14,5	43,9
Italia centrale								
P_{65+}/P_{0-14}	93,8	137,2	166,8	245,5	46,3	21,6	47,2	161,7
P_{60+}/P_{0-19}	90,9	128,1	157,2	222,7	40,9	22,7	41,7	145,0
P_{65+}/P	15,0	17,5	18,8	20,9	16,7	7,4	11,2	39,3
Mezzogiorno								
P_{65+}/P_{0-14}	53,0	73,4	92,3	142,3	38,5	25,8	54,2	168,5
P_{60+}/P_{0-19}	53,8	71,3	87,1	133,7	32,5	22,2	53,5	148,5
P_{65+}/P	11,6	13,2	14,2	15,6	15,8	7,6	9,9	34,5

Più rilevante è il mutamento che si osserva per gli indici di vecchiaia della popolazione esaminata e che misurano il grado di invecchiamento demografico. Come è facile intuire, tale indicatore appare particolarmente sensibile ai mutamenti strutturali della popolazione poichè dipende dalla velocità di accrescimento di due contingenti; quello dei giovani e quello degli anziani; pertanto, esso può variare fortemente anche se uno dei due gruppi di persone di per sè presenta una variazione limitata: è sufficiente che invece risulti dinamico il mutamento dell'altro gruppo. Così, per trattare concretamente il caso Italia, la quota relativa di anziani in età da 65 anni in poi sulla popolazione complessiva aumenta dell'8,3 per cento dal 1995 al 2000 mentre il corrispondente indice di vecchiaia fa registrare un incremento del 25,1 per cento.

Come è facile capire da quanto esemplificato, l'invecchiamento demografico, pur dipendendo certamente anche dall'aumento della vita media alla nascita e alle varie età considerate, dipende soprattutto - e in misura di gran lunga maggiore - dai mutui rapporti che si realizzano fra «anziani» e «giovani». Ora, le popolazioni dell'Europa occidentale si trovano tutte nella stessa situazione poichè è possibile dimostrare che la popolazione non invecchia soltanto se essa cresce - e deve crescere con un ritmo appropriato - dato che, altrimenti, anche in caso di stazionarietà, cioè di un ammontare di popolazione che non muta sostanzialmente nel tempo (crescita zero), si alterano i rapporti tra le classi di età e si produce un notevole invecchiamento. L'unico modo di evitarlo sarebbe quello che la popolazione pervenisse allo stato «stabile» con un tasso di accrescimento nullo (e quindi anche stazionaria), ma questo è un modello matematico al quale, con i loro rapidi mutamenti, raramente le popolazioni concrete si adeguano.

Come è immediato scorgere dai valori riportati nella Tab. 4, questo non è il caso dell'Italia. Anche ove si faccia riferimento ad un secondo modo di calcolo dell'indice di vecchiaia che tenga conto dei mutamenti sociali intervenuti nelle popolazioni europee e che ponga pertanto a rapporto gli individui da 60 anni in poi con i giovani sino a 19 anni, si osservano accrescimenti statici e dinamici considerevoli, dovuti per lo più, come visto, al diminuire dei contingenti di giovani che compaiono al denominatore dell'indice.

Uno sguardo alla situazione delle tre grandi ripartizioni geografiche pone in evidenza quadri differenziati fra il Mezzogiorno e il Centro-Nord, con il primo che manifesta un grado di invecchiamento di gran lunga minore, ma che si sta adeguando alle misure strutturali presentate dall'Italia centrale e da quella settentrionale che, per parte sua, detiene il primato nello sfavorevole rapporto fra anziani e giovani.

4. - *La popolazione anziana*

4.1. - Se i dati sin qui commentati possono sollevare qualche ragionevole incertezza - come sempre accade nel caso delle previsioni, nelle quali sussistono dubbi soprattutto sul comportamento futuro della fecondità, sia perchè i livelli di riferimento possono anche improvvisamente mutare a causa di sollecitazioni eccezionali, sia perchè il comportamento riproduttivo, essendo ormai per gran parte un fenomeno sociale, può cambiare anche in

funzione di una acquisita consapevolezza delle eventuali conseguenze sfavorevoli a cui può condurre il proseguimento delle tendenze sino ad allora dominanti – la documentazione statistica sulla popolazione anziana manifesta invece andamenti che sono praticamente certi o, comunque, altamente probabili poichè le conoscenze degli studiosi per quanto concerne l'andamento della mortalità (fenomeno in gran parte biologico) risultano probanti e maggiormente sicure, anche se, come detto, esistono attualmente problemi di valutazione delle probabilità di morte alle età più avanzate che in precedenza non venivano rilevati poichè i contingenti di anziani assumevano dimensioni limitate.

Alla popolazione anziana, che è l'oggetto principale della ricerca, dedicheremo la presente sezione.

4.2. – La considerazione dei dati della Tab. 5 pone in rilievo che, al contrario di quanto si verificherà per la popolazione complessiva, l'ammontare degli anziani tenderà a crescere nel tempo. Ove si comprendano fra gli anziani anche gli individui in età da 60 a 64 anni, la popolazione anziana salirà dagli 11,1 milioni del 1987 ai 12,6 milioni del 2000 sino a superare i 13 milioni nel 2010. È però opinabile inserire il gruppo di individui in età da 60 a 64 anni fra i vecchi – anche se per molte categorie l'età alla pensione è stata proprio fissata a 60 anni – e, pertanto, escludendoli, può dirsi che le persone da 65 anni in poi passeranno dai 7,8 milioni del 1987 ai 9,2 milioni del 2000 con un aumento di quasi un milione e mezzo di individui, incremento che, ove si effettui il confronto con il 2010, supera il milione e 650 mila unità.

Tali risultati appaiono di grande importanza e forniscono le grandezze fondamentali del problema degli anziani di cui occorre tener conto nel prospettare le soluzioni.

Al solito, l'esame della documentazione statistica ripartizionale fa emergere che l'Italia settentrionale e centrale si trovano al cospetto di situazioni relative sostanzialmente omogenee, pur se i dati assoluti appaiono alquanto diversi.

Se consideriamo come anziani soltanto le persone che hanno compiuto il 65° anno di età, può riscontrarsi che il Settentrione presenta alle tre date (1987, 2000 e 2010) rispettivamente ammontari pari a 3,8 milioni, 4,4 e 4,5 milioni con un accrescimento che supera le 700 mila unità. Il corrispondente incremento per l'Italia centrale sfiora i 400 mila individui, mentre per il Mezzogiorno esso risulta quasi pari a 485 mila persone.

4.3. – Come sostenuto dagli esperti, è a partire dai 75 anni che, per gli anziani, cominciano a porsi i maggiori problemi per quanto concerne la loro autosufficienza ed è per questo motivo che si è provveduto ad enucleare tale aggregato demografico che, anche al fine di predisporre adeguate reti di assistenza, assume una importanza strategica.

L'aggregato di coloro che si trovano in età da 75 anni in poi è destinato ad accrescersi nel futuro, sia per quanto concerne i valori assoluti, sia in relazione all'ammontare complessivo di popolazione (Tab. 5). Per quanto concerne il dato nazionale, può osservarsi che il contingente risulta alla fine del 1987 pari a 3.334 mila persone. Esso si accrescerà di 365 mila individui al 2000 e di 764 mila per l'intero periodo 1987-2010: un incremento complessivo che dovrebbe sfiorare quindi il 23 per cento.

TABELLA 5

**POPOLAZIONE ANZIANA,
PER CLASSE DI ETÀ E GRANDE RIPARTIZIONE GEOGRAFICA, A VARI ANNI**
(valori assoluti in migliaia di unità)

POPOLAZIONE	A N N I						NUMERI INDICI (1987 = 100)	
	1987	1990	1995	2000	2005	2010	2000	2010
ITALIA								
Totale	57.399	57.182	56.118	54.431	52.345	49.859	94,8	86,9
P ₆₀₋₆₄	3.282	3.317	3.248	3.378	3.036	3.583	102,9	109,2
P ₆₅₋₇₄	4.513	4.738	5.574	5.550	5.613	5.402	123,0	119,7
P ₇₅₊	3.334	3.512	3.255	3.699	3.998	4.098	110,9	122,9
% P ₆₀₊	19,4	20,2	21,5	23,2	24,2	26,2	119,6	135,1
% P ₇₅₊	5,8	6,1	5,8	6,8	7,6	8,2	117,2	141,4
Italia settentrionale								
Totale	25.519	25.213	24.537	23.629	22.561	21.382	92,6	83,8
P ₆₀₋₆₄	1.556	1.569	1.548	1.645	1.471	1.693	105,7	108,8
P ₆₅₋₇₄	2.141	2.230	2.629	2.620	2.690	2.605	122,4	121,7
P ₇₅₊	1.635	1.718	1.564	1.763	1.894	1.943	107,8	115,8
% P ₆₀₊	20,9	21,9	23,4	25,5	26,8	29,2	122,0	139,7
% P ₇₅₊	6,4	6,8	6,4	7,5	8,4	9,1	117,1	131,3
Italia centrale								
Totale	10.952	10.903	10.768	10.516	10.162	9.746	96,0	89,0
P ₆₀₋₆₄	685	682	662	696	618	724	101,6	105,7
P ₆₅₋₇₄	955	1.015	1.185	1.162	1.177	1.132	121,7	118,5
P ₇₅₊	683	731	701	818	884	903	119,8	132,2
% P ₆₀₊	21,2	22,3	23,7	25,4	26,4	28,3	119,8	133,5
% P ₇₅₊	6,2	6,7	6,5	7,8	8,7	9,3	125,8	150,0
Mezzogiorno								
Totale	20.928	21.066	20.813	20.286	19.622	18.731	96,9	89,5
P ₆₀₋₆₄	1.041	1.066	1.038	1.037	947	1.166	99,6	112,0
P ₆₅₋₇₄	1.417	1.493	1.760	1.768	1.746	1.665	124,8	117,5
P ₇₅₊	1.016	1.063	990	1.118	1.220	1.252	110,0	123,2
% P ₆₀₊	16,6	17,2	18,2	19,3	19,9	21,8	116,3	131,3
% P ₇₅₊	4,9	5,0	4,8	5,5	6,2	6,7	112,2	136,7

Occorre sottolineare al riguardo che se è l'Italia centrale che, in termini proporzionali, manifesta i maggiori aumenti è l'Italia settentrionale che primeggia in termini assoluti. Va però detto che anche il Mezzogiorno risulta interessato al fenomeno, dato che al 2000 l'incremento dei grandi anziani risulterà pari a 102 mila rispetto al 1987 ed esso toccherà globalmente al 2010 le 236 mila unità.

5. - *Valutazioni sulle condizioni di salute della popolazione italiana*

5.1. - Come visto, il declino della popolazione italiana appare certo per il futuro, anche se esso potrebbe risultare inferiore a quello prefigurato, ove mutassero i comportamenti riproduttivi o, quanto meno, si stabilizzassero i livelli attuali di fecondità, cosa che è stata assunta anche nei risultati presentati in questa sede, pur se per il Mezzogiorno si sono invece supposte ulteriori contrazioni del tasso lordo di riproduzione. Al contrario, la consistenza della popolazione anziana, che ovviamente dipende dalle onde demografiche realizzatesi nel passato, tende ad aumentare in tutti i suoi segmenti, sia cioè per gli anziani autosufficienti, sia per il contingente di coloro che non si trovano prevalentemente in tale condizione (gli ultrasessantacinquenni). A fronte di tale situazione possono tentarsi delle valutazioni di sintesi, necessariamente schematiche, le quali consentono di stabilire se le unità di consumo giornaliero (giornate di degenza) aumenteranno o diminuiranno nel tempo per la compagine demografica italiana.

Tali valutazioni sono state effettuate distintamente per grande ripartizione geografica e sesso, alle tre epoche usualmente prese in considerazione, e cioè il 1987, il 2000 e il 2010. Giova precisare, al riguardo, che le stime ottenute costituiscono dei valori segnaletici che saranno quasi certamente superati nella realtà, sia perchè i parametri che sono alla base dei risultati ottenuti si riferiscono alla rilevazione compiuta dall'ISTAT nel 1982 su scala nazionale, sia perchè è improbabile che i loro livelli restino costanti nel tempo (come invece si è assunto nelle nostre valutazioni) dato che il ricorso alle cure mediche presenta una dinamica positiva, anche a seguito della richiesta di più elevati standards assistenziali connessi con lo sviluppo economico. Potrebbe obiettarsi a quanto appena affermato che le giornate di degenza ottenute nei nostri calcoli dovrebbero ridursi a seguito del verificarsi delle innovazioni tecnologiche, ma l'inerzia delle strutture è tale da far ritenere che il periodo preso in considerazione nelle previsioni sia appena sufficiente per introdurle.

5.2. - La prima valutazione riguarda, come già accennato, la determinazione della popolazione equivalente in unità di consumo ospedaliero (giornate di degenza). Tale calcolo è stato effettuato per singola ripartizione e sesso, assumendo però come valori di base quelli ricavati dalla rilevazione ISTAT sui dimessi ospedalieri del 1982, opportunamente elaborati (8).

(8) Mi corre l'obbligo di ringraziare il prof. Amedeo Bernassola, associato di Statistica sanitaria nell'Università di Roma «La Sapienza», per aver messo a disposizione i dati ISTAT non pubblicati e per i suggerimenti fornitimi nella preparazione di questa sezione.

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TABELLA 6

POPOLAZIONE EQUIVALENTE IN UNITÀ DI CONSUMO OSPEDALIERO (GIORNI DI DEGENZA), PER GRANDE RIPARTIZIONE GEOGRAFICA, CLASSE DI ETÀ E SESSO A VARIE EPOCHE

GRANDE RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	VALORI ASSOLUTI			VALORI PERCENTUALI		
	M	F	Totale	M	F	Totale
1 9 8 7						
<i>Italia settentrionale</i>						
0-14	929.899	710.112	1.640.011	7,0	4,9	5,9
15-64	7.663.229	8.049.978	15.713.207	58,0	55,7	56,8
65 e più	4.616.113	5.696.263	10.312.376	35,0	39,4	37,3
TOTALE ...	13.209.241	14.456.353	27.665.594	100,0	100,0	100,0
<i>Italia centrale</i>						
0-14	424.355	324.859	749.214	7,3	5,3	6,3
15-64	3.236.528	3.439.675	6.676.203	55,9	56,4	56,1
65 e più	2.134.888	2.339.443	4.474.331	36,8	38,3	37,6
TOTALE ...	5.795.771	6.103.977	11.899.748	100,0	100,0	100,0
<i>Mezzogiorno</i>						
0-14	1.147.251	874.066	2.021.317	11,5	8,4	9,9
15-64	5.582.413	6.149.092	11.731.505	55,9	58,8	57,4
65 e più	3.249.662	3.428.464	6.678.126	32,6	32,8	32,7
TOTALE ...	9.979.326	10.451.622	20.430.948	100,0	100,0	100,0
<i>ITALIA</i>						
0-14	2.501.505	1.909.037	4.410.542	8,6	6,1	7,3
15-64	16.482.170	17.638.745	34.120.915	56,9	56,9	56,9
65 e più	10.000.663	11.464.170	21.464.833	34,5	37,0	35,8
TOTALE ...	28.984.338	31.011.952	59.996.290	100,0	100,0	100,0
2 0 0 0						
<i>Italia settentrionale</i>						
0-14	562.463	429.280	991.743	4,2	2,9	3,5
15-64	7.510.164	7.701.710	15.211.874	56,1	52,5	54,2
65 e più	5.317.270	6.554.794	11.872.064	39,7	44,6	42,3
TOTALE ...	13.389.897	14.685.784	28.075.681	100,0	100,0	100,0
<i>Italia centrale</i>						
0-14	286.701	219.266	505.967	4,7	3,4	4,1
15-64	3.200.473	3.355.417	6.555.890	53,0	52,1	52,5
65 e più	2.556.726	2.869.554	5.426.280	42,3	44,5	43,4
TOTALE ...	6.043.900	6.444.237	12.488.137	100,0	100,0	100,0

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue: TABELLA 6

POPOLAZIONE EQUIVALENTE IN UNITÀ DI CONSUMO OSPEDALIERO (GIORNI DI DEGENZA), PER GRANDE RIPARTIZIONE GEOGRAFICA, CLASSE DI ETÀ E SESSO A VARIE EPOCHE

GRANDE RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	VALORI ASSOLUTI			VALORI PERCENTUALI		
	M	F	Totale	M	F	Totale
<i>Mezzogiorno</i>						
0-14	746.759	573.605	1.320.364	7,2	5,3	6,2
15-64	5.768.020	6.267.491	12.035.511	55,7	57,7	56,7
65 e più	3.836.884	4.025.104	7.861.988	37,1	37,0	37,1
TOTALE ...	10.351.663	10.866.200	21.217.863	100,0	100,0	100,0
<i>ITALIA</i>						
0-14	1.595.923	1.222.151	2.818.074	5,4	3,8	4,6
15-64	16.478.657	17.324.618	33.803.275	55,3	54,2	54,7
65 e più	11.710.880	13.449.452	25.160.332	39,3	42,0	40,7
TOTALE ...	29.785.460	31.996.221	61.781.681	100,0	100,0	100,0
2 0 1 0						
<i>Italia settentrionale</i>						
0-14	390.076	298.676	688.752	2,9	2,1	2,5
15-64	7.278.624	7.023.391	14.302.015	54,9	49,4	52,1
65 e più	5.603.715	6.883.749	12.487.464	42,2	48,5	45,4
TOTALE ...	13.272.415	14.205.816	27.478.231	100,0	100,0	100,0
<i>Italia centrale</i>						
0-14	205.931	157.829	363.760	3,4	2,5	3,0
15-64	3.221.951	3.148.290	6.370.241	53,2	49,7	51,4
65 e più	2.628.116	3.022.414	5.650.530	43,4	47,8	45,6
TOTALE ...	6.055.998	6.328.533	12.384.531	100,0	100,0	100,0
<i>Mezzogiorno</i>						
0-14	496.427	381.655	878.082	4,7	3,6	4,1
15-64	6.020.377	6.141.045	12.161.422	57,6	57,5	57,6
65 e più	3.938.920	4.149.347	8.088.267	37,7	38,9	38,3
TOTALE ...	10.455.724	10.672.047	21.127.771	100,0	100,0	100,0
<i>ITALIA</i>						
0-14	1.092.434	838.160	1.930.594	3,7	2,7	3,2
15-64	16.520.952	16.312.726	32.833.678	55,5	52,3	53,8
65 e più	11.170.751	14.055.510	26.226.261	40,8	45,0	43,0
TOTALE ...	29.784.137	31.206.396	60.990.533	100,0	100,0	100,0

Lo schema impiegato è in sintesi il seguente. Disponendosi per un dato sesso e per ciascuna classe di età quinquennale del tasso di ospedalizzazione per ogni mille residenti (TS) e del numero medio di giornate di degenza (GD), si è provveduto a valutare il consumo di giornate di degenza per 1000 abitanti (CGD), con riferimento alle singole classi di età e sesso, utilizzando la relazione

$$CGD = TS \cdot GD$$

Rapportando poi, distintamente per sesso, il consumo di giornate di degenza relativa a ciascuna classe di età quinquennale al corrispondente ammontare complessivo si sono determinati i coefficienti di equivalenza per ciascuna classe di età. Disponendosi poi della popolazione prevista, si è pervenuti alla determinazione della popolazione equivalente in unità di consumo ospedaliero (giornate di degenza) moltiplicando l'ammontare di popolazione di ciascuna classe di età per il corrispondente coefficiente di equivalenza e procedendo poi ad effettuare la somma di tali prodotti. I risultati di queste elaborazioni sono raccolti nella Tab. 6. Giova ribadire, in proposito, che i coefficienti di equivalenza adottati nei tre anni evidenziati nella tabella stessa sono stati assunti come costanti, per ciascuna ripartizione e sesso, e pari ai valori del 1982 determinati nella maniera dianzi descritta.

È immediato osservare che la popolazione equivalente in unità di consumo ospedaliero risulta superiore, anche se non di molto, al dato dell'ammontare demografico italiano alla fine del 1987. Tuttavia è più importante sottolineare che, nel tempo, la popolazione equivalente tende complessivamente ad aumentare, malgrado il non lieve declino previsto per il contingente demografico nazionale. Ciò è dovuto soprattutto al contributo delle classi anziane - nei confronti delle quali occorre predisporre idonee reti di servizio - dato che per le classi giovanili si osservano invece diminuzioni, come è logico, vista la contrazione presumibile dei corrispondenti ammontari di popolazione.

Una sintesi organica, che pone in rilievo le variazioni percentuali degli aggregati evidenziati al 2000 e al 2010 rispetto al 1987, è contenuta nella Tab. 7: essa esprime valutazioni di massima che, per i motivi sopra specificati, risultano certamente prudenziali (ad esempio, la fecondità potrebbe cessare di diminuire nel Mezzogiorno mentre miglioreranno i livelli di mortalità, il che comporterà un maggior numero di anziani), ma indica le direzioni di intervento del potere legislativo onde evitare che alla popolazione più debole sia riservata un'esistenza dolorosa nell'ultimo periodo di vita.

TABELLA 7

NUMERI INDICI (BASE 1987=100) DELLA POPOLAZIONE EQUIVALENTE IN UNITÀ DI CONSUMO OSPEDALIERO, PER GRANDE RIPARTIZIONE GEOGRAFICA, CLASSE DI ETÀ E SESSO A VARIE EPOCHE

GRANDE RIPARTIZIONE GROGRAFICA Classe di età	2000			2010		
	M	F	Totale	M	F	Totale
<i>Italia settentrionale</i>						
0-14	60	60	60	42	42	42
15-64	98	96	97	95	87	91
65 e più	115	115	115	121	121	121
TOTALE ...	101	102	101	100	98	99
<i>Italia centrale</i>						
0-14	68	67	68	49	49	49
15-64	99	98	98	100	92	95
65 e più	120	123	121	123	129	126
TOTALE ...	104	106	105	104	104	104
<i>Mezzogiorno</i>						
0-14	65	66	65	43	44	43
15-64	103	102	103	108	100	104
65 e più	118	117	118	121	121	121
TOTALE ...	104	104	104	105	102	103
ITALIA						
0-14	64	64	64	44	44	44
15-64	100	98	99	100	92	96
65 e più	117	117	117	122	123	122
TOTALE ...	103	103	103	103	101	102

5.3. - Un secondo procedimento di calcolo, che si muove sostanzialmente secondo le linee illustrate nel paragrafo precedente e che perciò non descriveremo nei dettagli, si è riproposto di valutare la popolazione equivalente in unità di accertamenti diagnostici (esami radiologici, elettrocardiogrammi, ecografie, analisi del sangue e delle urine, altri) (9). Tali stime sono state effettuate sulla popolazione complessiva italiana, non distinta per sesso, ed adottando una segmentazione per età più appropriata ai problemi in questione, la quale considera in dettaglio soltanto gli andamenti nelle classi mature e anziane.

(9) I dati di base sono riportati in ISTAT, *Indagine statistica sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari*, novembre 1983, Note e relazioni, n. 1, 1986.

La documentazione raccolta nella Tab. 8 - che evidenzia anche il dato della popolazione equivalente in unità di elettrocardiogrammi - indica che, nel complesso, la situazione non dovrebbe far registrare un appesantimento nel tempo, anche se, evidentemente, fra le tre grandi classi di età considerate le proporzioni mutano in misura sensibile: in particolare, al 2010, a fronte di una quota di anziani pari al 19.1 per cento nel contingente demografico, la popolazione equivalente in accertamenti diagnostici risulta pari al 30,1 per cento ed ancora superiore è quella in elettrocardiogrammi (36,9 per cento).

5.4. - L'ultima delle valutazioni effettuate si riferisce alla fruizione di visite mediche generiche da parte della popolazione italiana (Tab. 9). Anche in questo caso i risultati indicano che, a fronte della prevista netta contrazione del contingente demografico, non corrisponde una uguale diminuzione della popolazione equivalente. Essa cresce addirittura leggermente nel 2010 (il numero indice con base 1987=100 è pari a 97).

Al di là del commento puntuale dei risultati ottenuti, che interessa gli specialisti e che pertanto omettiamo, due sono le caratteristiche di rilievo che emergono dall'osservazione dei dati della Tab. 9: la prima riguarda un certo maggior ricorso delle donne alle visite mediche generiche rispetto agli uomini; il fatto più importante, però, del resto in linea con quanto doveva attendersi, è che il consumo di visite mediche riguarda soprattutto la popolazione nelle età mature e anziane.

5.5. - Al fine di inquadrare più compiutamente i risultati ottenuti e le affermazioni effettuate, conviene precisare che nell'ultimo ventennio il tasso di ospedalizzazione totale ed anche quelli specifici riguardanti le classi di età adulte e senili sono aumentati, mentre è leggermente diminuita la durata di degenza media (anche se si riscontra un aumento per le classi di età senili). Quest'ultima regolarità è dovuta all'introduzione di metodiche diagnostiche relativamente nuove (TAC, ecografia, ecc.), le quali hanno consentito diagnosi più facili che hanno semplificato gli accertamenti in casi che precedentemente risultavano alquanto complicati.

È evidente che l'introduzione generalizzata di tali metodiche consentirebbe, a parità di altre condizioni, una ulteriore diminuzione della degenza media, ma tale inserimento (così come quelli legati ad ulteriori scoperte e/o innovazioni) procede con grande lentezza, causata dalle difficoltà strutturali e organizzative della maggior parte degli ospedali italiani che non riescono nemmeno ad effettuare la manutenzione ordinaria.

D'altra parte, l'introduzione di tecniche nuove e più sofisticate consentirà di intervenire su quadri patologici più difficili, il che contribuirà a fare aumentare le durate medie di degenza, anche perché - secondo quanto si trae dai non molti dati a disposizione - stanno assumendo un peso sempre più rilevante, tra gli anziani, proprio le patologie con più lunga durata della degenza stessa.

Va infine detto, a completamento del panorama delineato, che la trasformazione del quadro nosologico (AIDS, tossicodipendenze, tubercolosi, tumori, malattie cardiovascolari, ecc.) fanno pensare ad un maggior ricorso alle cure mediche e a degenze mediamente più lunghe. Non è un mistero, d'altro canto, che le trasformazioni demo-sociali hanno prodotto un gran numero di famiglie mononucleari, nelle quali risulta più bassa le disponibili-

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TABELLA 9

PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE EQUIVALENTE IN UNITÀ DI CONSUMO DI VISITE MEDICHE GENERICHE PER SESSO AD ALCUNE EPOCHE

CLASSE DI ETÀ (anni)	CONTINGENTE DEMOGRAFICO			POPOLAZIONE EQUIVALENTE			% CONTINGENTE DEMOGRAFICO			% POPOLAZIONE EQUIVALENTE		
	M		Totale	M		Totale	M		Totale	M		Totale
		F			F			F			F	
1 9 8 7												
Fino a 49	19.831.352	19.417.548	39.248.900	13.723.792	13.260.388	26.984.180	71,1	65,8	68,4	49,9	44,3	46,9
50-64	4.917.287	5.385.153	10.302.440	6.734.851	7.204.599	13.939.450	17,6	18,2	17,9	24,5	24,0	24,3
65 e più	3.414.272	4.706.496	7.847.768	7.036.445	9.507.122	16.543.567	11,3	16,0	13,7	25,6	31,7	28,8
TOTALE....	27.889.911	29.509.197	57.399.108	27.495.088	29.972.109	57.467.197	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2 0 0 0												
Fino a 49	17.589.416	17.084.369	34.673.785	12.043.209	11.719.317	23.762.526	66,7	60,9	63,7	44,1	38,8	41,3
50-64	5.055.926	5.452.642	10.508.568	6.933.209	7.298.251	14.231.460	19,2	19,4	19,3	25,4	24,2	24,8
65 e più	3.714.302	5.534.213	9.248.515	8.320.036	11.179.110	19.499.146	14,1	19,7	17,0	30,5	37,0	33,9
TOTALE....	26.359.644	28.071.224	54.430.868	27.296.454	30.196.678	57.493.132	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2 0 1 0												
Fino a 49	14.898.098	14.411.437	29.309.535	10.370.010	10.148.182	20.518.192	62,0	55,8	58,8	39,5	34,6	36,9
50-64	5.348.230	5.701.466	11.049.696	7.340.527	7.636.597	14.977.124	22,2	22,1	22,2	28,0	26,1	27,0
65 e più	3.805.865	5.693.749	9.499.614	8.525.138	11.501.373	20.026.511	15,8	22,1	19,0	32,5	39,3	36,1
TOTALE....	24.052.193	25.806.652	49.858.845	26.235.675	29.286.152	55.521.827	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

tà dei figli ad accollarsi il peso dell'assistenza agli anziani. Ciò fa ritenere – al contrario di quanto assunto nelle nostre ipotesi di lavoro – che si verificherà un maggior ricorso ai servizi ospedalieri, a meno che il legislatore non compia uno sforzo rilevante per creare case protette, incentivare l'assistenza domiciliare, ecc., operazioni queste alle quali non può ragionevolmente supplire il solo volontariato.

6. – *Fabbisogno lordo e netto di lavoro sino al 2013*

6.1. – I profondi mutamenti che potrebbero intervenire nella compagine demografica nazionale, come conseguenza del manifestarsi del suo ridotto potere riproduttivo – di alcuni dei quali abbiamo trattato in precedenza – richiedono, per essere studiati in maniera non episodica, una considerazione preliminare dell'offerta di lavoro che si presenterà sul mercato durante il periodo oggetto della nostra indagine. Soltanto dopo potremo organicamente trattare di alcuni fondamentali aspetti del problema pensionistico e prefigurare quali misure adottare per far fronte al marcato invecchiamento che sta interessando e ancor più interesserà la popolazione italiana.

Formulare ipotesi sugli andamenti futuri dell'offerta di lavoro dà luogo a non poche complicazioni, soprattutto se si intende fondare tali anticipazioni su considerazioni il più possibile oggettive. Come è immediato comprendere, ciò comporta effettuare innanzitutto una previsione di popolazione per sesso ed età per l'intero Paese o, anche, per le tre grandi ripartizioni geografiche in cui viene di solito suddiviso; in secondo luogo occorre stabilire quali saranno i contingenti di popolazione che, di anno in anno, si presenteranno sul mercato del lavoro e, infine, valutare l'ammontare di coloro che, avendo raggiunto i limiti di età alla pensione o per altri motivi, usciranno dal mercato del lavoro stesso. Occorrerebbe inoltre – specialmente in periodi come quello attuale, caratterizzato dal massiccio ingresso di robots e dalla veloce diffusione dei processi di automazione – effettuare una valutazione di quanti posti di lavoro resi liberi dai più anziani risulteranno disponibili per le classi giovanili, ma tale operazione appare alquanto complessa e necessariamente arbitraria, il che conduce ad adottare ipotesi più semplici anche se maggiormente schematiche.

6.2. – Fra tutti i parametri che possono impiegarsi per valutare l'evoluzione delle forze di lavoro si resta dell'avviso che, per l'autorità di governo e per le parti sociali, risulti particolarmente significativa la misura del fabbisogno di posti aggiuntivi necessari ad assicurare l'occupazione delle nuove leve che si affacciano sul mercato del lavoro stesso. Tale impostazione, oltre ad essere più direttamente connessa con il problema che stiamo esaminando, appare più espressiva di quella che si basa su ipotesi di evoluzione dei tassi di attività (o di occupazione) da applicare a prospettive di popolazione, onde valutare l'ammontare probabile di attivi alle successive epoche oggetto di indagine.

Come è immediato comprendere, si può fare riferimento ad un fabbisogno teorico o lordo e ad un fabbisogno reale o netto di posti di lavoro aggiuntivi, a seconda che si vogliano occupare *tutti* i giovani che entrano in età lavorativa o *soltanto* coloro che ne hanno intenzione. Mentre però risulta

immediato il calcolo annuale del fabbisogno lordo, qualche complicazione si presenta per determinare quello netto. Nel primo caso esso è dato dalla somma algebrica delle differenze fra individui che, in due anni successivi, possiedono la stessa età, purchè tale somma venga estesa all'intero arco temporale che compone la vita attiva. Nel secondo caso, pur essendo identica la struttura del calcolo, occorre fare riferimento alla «effettiva» domanda di occupazione; tutti comprendono però come sia arduo definire quest'ultimo concetto, tenuto conto del fatto che esso è condizionato dai costumi e dalle abitudini, i quali risultano a loro volta influenzati dalla maggiore o minore difficoltà con cui nel passato, prossimo o meno prossimo, è stato possibile realizzare l'aspirazione ad occuparsi. D'altro canto, ove voglia compiersi un calcolo realistico, è a quest'ultimo concetto che occorre fare riferimento: riappare così la necessità di formulare ipotesi sull'occupazione alle varie età, operazione quest'ultima che, se non coincide interamente con quella riguardante la predisposizione dei tassi specifici di attività, le è assai simile e potrebbe prestare il fianco a numerose discussioni.

6.3. - Invece di predisporre ipotesi complesse, dalle implicazioni non sempre lineari, si è preferito adottarne una schematica, ma sufficientemente rappresentativa: si è così assunto che, nell'arco temporale considerato, i tassi specifici di attività e di occupazione rimanessero quelli del 1988; ciò implica la previsione di scarse novità nel costume e nella situazione generale: si tratta di un'ipotesi di prima approssimazione che dà luogo a calcoli piuttosto schematici e abbastanza rigidi, soprattutto allorchè ci si spinge oltre nel tempo. Essi debbono pertanto riguardarsi come indicatori di larga massima, ma non possono, per ciò stesso, essere sottovalutati e considerati con superficialità.

TABELLA 10

POSTI DI LAVORO DA PREDISPORRE IN ITALIA, PER SESSO, NELL'IPOTESI DI TASSI SPECIFICI DI OCCUPAZIONE PARI A QUELLI DEL 1988 E DI DIVERSI LIMITI DI ETÀ ALLA PENSIONE

PERIODO	POSTI DI LAVORO					
	Ipotesi A			Ipotesi B		
	maschili	femminili	Totali	maschili	femminili	Totali
1988-1993	361.377	124.900	486.277	365.822	116.669	482.491
1993-1998	197.012	- 25.194	171.818	186.963	- 20.564	166.399
1998-2003	- 94.674	- 199.826	- 294.500	- 83.031	- 200.402	- 283.433
2003-2008	- 349.764	- 343.729	- 693.493	- 343.302	- 331.430	- 674.732
2008-2013	- 629.225	- 450.902	- 1.080.127	- 612.999	- 443.274	- 1.056.273
1988-2013	- 515.274	- 894.751	- 1.410.025	- 486.547	- 879.001	- 1.365.548

I risultati delle elaborazioni riguardanti l'intero Paese sono desumibili dalla Tab. 10. I dati manifestano - sempre che si assuma di voler *almeno* mantenere i livelli dei tassi specifici di occupazione del 1988 in ciascuna

delle grandi ripartizioni geografiche - l'esistenza di due situazioni contrastanti: quella che si riferisce ai primi due quinquenni e quella che si riferisce ai periodi successivi. Quale che sia l'ipotesi dei limiti di età prescelta per il collocamento a riposo - pur con le inevitabili diversificazioni (10) - occorrerebbe creare (o aver creato) dal 1988 al 1998 oltre 650 mila posti di lavoro; nei quinquenni successivi, però, si verificherebbero notevoli eccedenze, poichè le generazioni che si avvieranno all'attività produttiva non assicurerebbero il ricambio. Ci si potrà obiettare che tale circostanza non causerà problemi per la nostra economia sia perchè c'è e ci sarà un'offerta di lavoro eccedente da riassorbire sia perchè verosimilmente si potranno realizzare notevoli aumenti di produttività. Ma proprio quest'ultima considerazione tende a far pensare che nel medio-lungo periodo i problemi della nostra economia non riguarderanno tanto l'eccedenza di lavoro quanto i recuperi di produttività per far fronte al presentarsi di ridotte leve di lavoro.

Si potrebbe anche ritenere che vi siano ampie disponibilità di mano d'opera nel settore femminile (e il massiccio ingresso delle donne nel terziario è sotto gli occhi di tutti) per il quale i tassi d'occupazione risultano ancora inferiori a quelli maschili, ove si dovessero manifestare difficoltà nei ritmi di trasformazione economica e recuperi di produttività più lenti del necessario. Il verificarsi di una maggiore partecipazione femminile alle attività economiche potrebbe però dar luogo a mutamenti in diminuzione dei regimi di fecondità che contrasterebbero con le assunzioni su cui si basano i risultati raccolti nelle Tab. 10, il che accentuerebbe il fenomeno delle «eccedenze» di posti di lavoro che in prospettiva si dovrebbero registrare.

Queste sono le considerazioni generali che sorgono immediate. Volendo entrare un po' più nei particolari, è indubbio che l'adozione dell'ipotesi A (maschi in pensione a 60 anni e donne a 55) comporta maggiori possibilità di lavoro per i più giovani; esse sono però determinate non tanto dal minor fabbisogno di posti, poichè questi assommano nel prossimo decennio, come detto, a circa 650 mila - nelle «rigide» ipotesi adottate - quanto dai posti che si «libererebbero» con il collocamento anticipato in pensione, valutabili in 3-400 mila (11).

6.4. - Si è appena sostenuto, in sostanza, che il provvedimento di collocamento a riposo anticipato (ipotesi A o anche ormai improbabili adozioni di ipotesi più spinte) non risolve il problema dell'occupazione giovanile: tale affermazione potrebbe sembrare quanto meno unilaterale alla luce delle conclusioni alle quali siamo pervenuti esaminando i dati nazionali. Il fatto è che le cifre complessive nascondono realtà ripartizionali grandemente diversificate di cui occorre tener conto.

La documentazione statistica della Tab. 11 fornisce ulteriori elementi a sostegno di quanto si è asserito. Appare evidente che soltanto per il Mezzogiorno esistono i problemi pressanti che il dato nazionale poneva in

(10) L'ipotesi A prevede come limiti di età al pensionamento 60 anni per i maschi e 55 per le femmine; l'ipotesi B sposta tali limiti a 65 anni per entrambi i sessi.

(11) Essi risulterebbero tali solo sulla carta. Da un lato, in effetti, i pensionati possono rientrare nel mondo del lavoro come consulenti; dall'altro, difficilmente i giovani possiedono le qualità e l'esperienza degli anziani, il che rende non automatiche le sostituzioni.

evidenza. In effetti, anche ove si adottasse l'ipotesi B (tutti in pensione a 65 anni), l'Italia settentrionale e centrale non produrrebbero in pratica problemi nel primo quinquennio (salvo il compito di riassorbire la disoccupazione esistente, per lo più giovanile: operazione che è già cominciata nell'Italia settentrionale, come hanno messo in luce i più recenti dati disponibili sulle forze di lavoro), mentre quelli dei decenni successivi sono addirittura di segno diverso. Il problema esiste invece per il Mezzogiorno: è da tener tuttavia presente, per questa ripartizione, che, anche ove ci si ponesse nell'ipotesi A, i termini della questione non muterebbero sostanzialmente (intorno a 500 mila posti da predisporre), poichè i 300-400 mila posti che si libererebbero su scala nazionale non sarebbero dislocati che in misura minoritaria nel Mezzogiorno. E, è da ritenere, nessuno auspica la ripresa della pratica penosa delle emigrazioni del Mezzogiorno verso il Centro e il Nord.

TABELLA 11

POSTI DI LAVORO DA PREDISPORRE NELLE GRANDI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE, NELL'IPOTESI DI TASSI SPECIFICI DI OCCUPAZIONE PARI A QUELLI DEL 1988 E DI DIVERSI LIMITI DI ETÀ ALLA PENSIONE

PERIODO	GRANDI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE							
	Ipotesi A				Ipotesi B			
	Nord	Centro	Mezzogiorno	Totale	Nord	Centro	Mezzogiorno	Totale
1988-1993 ...	80.450	86.695	319.132	486.277	82.175	82.640	317.676	482.491
1993-1998 ...	- 137.518	44.557	264.779	171.818	- 131.404	44.066	253.737	166.399
1998-2003 ...	- 391.736	- 44.529	141.765	- 294.500	- 383.134	- 43.180	142.881	- 283.433
2003-2008 ...	- 546.518	- 120.493	- 26.482	- 693.493	- 553.328	- 118.080	- 3.324	- 674.732
2008-2013 ...	- 675.877	- 195.499	- 208.751	- 1.080.127	- 678.644	- 192.895	- 184.734	- 1.056.273
1988-2013 ...	- 1.671.199	- 229.269	490.443	- 1.410.025	- 1.664.335	- 227.449	526.236	- 1.265.548

7. - I principali problemi della sicurezza sociale

7.1. - I problemi della sicurezza sociale sono legati alla situazione demografica del Paese, ma non soltanto ad essa: il loro recente aggravamento è connesso con i criteri di calcolo delle pensioni e con i meccanismi di indicizzazione che in tempi recenti e meno recenti sono stati introdotti dando luogo a disavanzi di gestione, causati peraltro anche, a rigore, dalla mancata distinzione fra assistenza e previdenza. Come è noto, tale distinzione è stata introdotta di recente, il che impedirà di accollare all'INPS ciò che non dipende dalla sua gestione; occorre anche dire però che, per la collettività nazionale, il fatto appare pressochè irrilevante. Sembra peraltro che si possa essere dell'opinione che, ove squilibri e deficit previdenziale si manifestassero nel futuro con la stessa forza del passato, l'ulteriore sviluppo civile ed economico del Paese potrebbe incontrare delle difficoltà. Il fatto è che, per l'appunto l'invecchiamento della popolazione, da un lato, e la progressiva

maturazione dei regimi pensionistici, dall'altro, rendono difficile il conseguimento dell'equilibrio di gestione.

Ci rendiamo ben conto della genericità di quanto sopra affermato, il che potrebbe superarsi effettuando valutazioni riguardanti le gestioni dei singoli fondi previdenziali. Ma è evidente che tale analisi non potrebbe effettuarsi con la necessaria agibilità in questa sede. Ci sembra di conseguenza rivestire una maggiore produttività un esame generale valido per l'intera popolazione il quale si sforzi di individuare le cause strutturali di natura demografica che concorrono ad aggravare i problemi del sistema pensionistico pubblico, anche al fine di fornire una valutazione del modo in cui esse intervengono e sul grado della loro incidenza.

7.2. - In altra sede abbiamo affrontato tali problematiche e, pertanto, si ritiene di dover soltanto accennare ai principali risultati ottenuti. Essi vanno inquadrati nell'ambito del sistema finanziario di ripartizione del fondo pensioni - oggi di gran lunga prevalente - in base al quale il premio di un dato anno di finanziamento dell'assicurazione viene (o dovrebbe essere) fissato in modo che, versato da tutti gli assicurati all'inizio dell'anno, copra le spese che verranno presumibilmente sostenute in tale intervallo di tempo. In questo regime, come è noto, i conti della cassa sono (o dovrebbero essere) in equilibrio e non abbisognano, in generale, di riserve poichè ciò che viene riscosso in un determinato anno risulta distribuito nell'anno stesso. In tali condizioni appare inoltre estremamente semplice ispezionare i modi di evoluzione del fondo, una volta che si siano stabiliti l'età alla pensione e il suo livello (quest'ultimo espresso eventualmente come quota del salario medio ricevuto durante la vita attiva); è sufficiente, a tal fine, predisporre una previsione per sesso ed età della popolazione oggetto di studio per determinare la parte di salario da prelevare onde assicurare le prestazioni pensionistiche.

Ciò premesso, precisiamo che si eviterà di approfondire i problemi della determinazione del premio, già affrontati in altra sede (12), per concentrare l'attenzione sugli aspetti strutturali dei rapporti fra inattivi ed occupati, così come appare possibile desumerli in base ai modi di evoluzione della popolazione italiana registrati nel passato e prospettati nel futuro secondo le linee sommariamente descritte nella sezione seconda.

7.3. - Le sole misure che si vogliono indicare sono quelle contenute nella Tab. 12 che mettono a rapporto gli «anziani» per cento attivi od occupati, nella situazione attuale ed in quella prefigurata in un futuro più o meno lontano, ove si adotti l'ipotesi che i tassi di occupazione rimangano costanti e pari a quelli rilevati per il 1988.

Riservando il commento ai soli dati degli occupati, nell'ipotesi A in precedenza specificata, già oggi si avrebbero 61 pensionati per 100 occupati, ma la tendenza al peggioramento risulterebbe alquanto pronunciata, sino a toccare nel 2010 limiti per i quali nessun tipo di solidarietà riuscirebbe a risolvere dignitosamente il problema della sicurezza e della sopravvivenza per i pensionati.

(12) O. VITALI, *Invecchiamento della popolazione e riflessi sul sistema pensionistico*, Atti della XXXI Riunione scientifica della Società italiana di statistica, Torino, 5-7 aprile 1982.

Non rosee appaiono le situazioni nel caso che si adotti l'ipotesi B, anche se essa realizzerebbe notevoli alleggerimenti.

Di fronte a tale situazione, le resistenze che si incontrano nel fissare il limite di età al pensionamento a 65 anni per tutti sono comprensibili, ma si rivelano ingiustificate dal punto di vista generale. Sembra, in verità, che non soltanto dovrebbe adottarsi tale provvedimento, ma occorrerebbe fare un salto di qualità eliminando una soglia rigida alla pensione e prevedendo la facoltà di restare nel mondo produttivo ancora dopo i 65 anni.

TABELLA 12

PENSIONABILI PER CENTO OCCUPATI NELLE GRANDI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE
IN ALCUNI ANNI

RIPARTIZIONI	ATTIVI		OCCUPATI	
	Ipotesi			
	A	B	A	B

1 9 8 8				
Nord	53	31	58	33
Centro	57	32	64	36
Mezzogiorno	51	28	66	36
ITALIA ...	53	30	61	35

1 9 9 5				
Nord	57	34	61	36
Centro	60	36	67	40
Mezzogiorno	51	30	65	38
ITALIA ...	56	33	64	37

2 0 0 0				
Nord	61	37	65	39
Centro	63	39	70	42
Mezzogiorno	52	32	65	39
ITALIA ...	58	35	66	40

2 0 1 0				
Nord	71	44	75	56
Centro	70	43	77	47
Mezzogiorno	56	33	68	40
ITALIA ...	66	40	73	44

I dati della Tab. 12 - od altri analoghi - sono quelli che, di solito, vengono sbandierati dai demografi per mostrare come diverrà critica la situazione a seguito del prodursi del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione. Occorre però dire che questo quadro riguarda soprattutto il caso delle pensioni di vecchiaia, che costituiscono soltanto un aspetto - anche se importante - delle problematiche relative alla sicurezza sociale.

Come è noto, l'invecchiamento della popolazione non agisce nella stessa maniera per quanto riguarda le diverse prestazioni, poichè esso può dar luogo a variazioni dei loro ammontari che presentano segno differente (ad esempio, si aggrava la situazione delle pensioni di vecchiaia, ma migliora quella riguardante gli assegni familiari). Pertanto, per esigenze di obiettività, va detto che la situazione, pur risultando molto seria, appare nel complesso migliore di quella che può desumersi dall'esame dei risultati che sono stati presentati (13).

7.4. - Da ultimo, procediamo ad effettuare una valutazione di massima dell'ammontare di persone che andranno in pensione nel periodo oggetto di studio e - il che forse è più importante - della provenienza dai tre settori di attività economica. La questione assume una sua rilevanza poichè non è indifferente che la maggioranza si trovi, al momento della cessazione del lavoro, ad esempio nel settore primario o nel terziario. E ciò anche al fine di prefigurare una politica per attività ricreative o di assistenza sociale per gli anziani.

Al riguardo si può fornire soltanto una valutazione di massima, dato che l'impiego di metodologie più sofisticate viene impedito dalla scarsa disponibilità di dati attendibili.

Facciamo ricorso alla documentazione desunta dal campione delle forze di lavoro e consideriamo i maschi occupati al 1987 in età pari a 37 anni, che avranno 60 anni al 2010. Ipotizzando che tutti vadano in pensione a questa età - ove non avesse agito la mortalità e non si verificassero cambiamenti nei settori di attività - sarebbe possibile calcolare i pensionati al 2010 provenienti da ciascuno dei tre settori in cui si suddividono le attività economiche. Evidentemente, coloro che hanno età maggiori al 1987 si ritireranno dal lavoro in epoca antecedente al 2010. Pertanto, sommando ad esempio coloro che al 1987 sono occupati in agricoltura, in età da 37 anni in poi, dovremmo ottenere tutti coloro che vanno in pensione dal 1987 al 2010, al netto dell'agire della mortalità (e di eventuali esigui contingenti originati dai mutamenti di attività da settore a settore). Un calcolo analogo può compiersi per le donne, avendo cura di sommare le occupate del 1987 a partire da coloro che hanno età almeno pari a 32 anni.

I risultati ottenuti, che tengono approssimativamente conto anche dell'agire della mortalità, pongono in luce che i pensionati nel ventitreennio considerato dovrebbero assommare a poco più di 10,7 milioni (6,6 milioni maschi e 4,1 di donne). Di essi, 1,3 milioni provengono dal settore primario, 3,1 dal secondario e 6,3 dal settore delle altre attività. Se si fa riferimento al periodo 1988-2000, le rispettive cifre risultano pari ad 1,0 milioni per l'agricoltura, a 1,6 milioni per le industrie e a 3,3 milioni per il settore

(13) Una valutazione sintetica dell'effetto della struttura demografica sulla sicurezza sociale (espressa in percentuale del PIL) può desumersi da: O. VITALI, *Occupazione e sicurezza sociale*, Rivista di Politica Economica, maggio 1986.

terziario. Nel decennio successivo, dovrebbero diminuire i pensionati agricoli (appena 0,3 milioni), mentre quelli provenienti dai settori secondario e terziario risulterebbero pari a 1,5 e a 3,0 milioni.

Le valutazioni a cui si è pervenuti fanno risaltare nettamente il mutare della composizione per settore di attività economica dei pensionati, il che induce a predisporre politiche mirate di assistenza per gli anziani.

8. - *Brevi considerazioni conclusive*

8.1. - Lo studio si è proposto di fornire delle valutazioni di breve-medio periodo sull'evoluzione dell'aggregato demografico italiano e, in particolare, sull'ammontare degli anziani sino al 2010, distinguendoli a seconda della ripartizione geografica di residenza.

In base all'ipotesi «evolutiva» - cioè quella che prevede che il numero medio di figli per donna del Mezzogiorno si attesti su livelli significativamente meno bassi di quelli delle due restanti ripartizioni - si è visto che la popolazione italiana andrà incontro ad un forte ridimensionamento (sette milioni di persone in meno nel 2010 rispetto al 1987), che potrebbe essere attenuato, ma non in misura rilevante, ove si computino i dati dei saldi migratori con l'estero i quali risultano piuttosto incerti sia nella qualità sia nella quantità.

Il problema degli anziani, tuttavia, è stato trattato senza tener conto dei «rientri» di nostri connazionali i quali, pur presentando una struttura in cui le classi di età mature e anziane sono più rappresentate che nella popolazione complessiva, dovrebbero trovarsi mediamente in condizioni tali da non appesantire il quadro assistenziale e previdenziale nazionale. I risultati ottenuti, a differenza delle previsioni riguardanti la fecondità, sono praticamente certi, anche se esprimono misure minime in quanto non tengono conto dei miglioramenti di mortalità che si stanno verificando. Essi mostrano un aumento della popolazione in età da 65 anni in poi che passerà dai 7,8 milioni del 1987 ai 9,2 milioni del 2000 sino a toccare i 9 milioni e mezzo nel 2010. Di questi, 3,3 milioni hanno più di 75 anni al 1987; tale contingente raggiungerà i 3,7 milioni nel 2000 e supererà i 4 milioni nel 2010.

È proprio l'aumento del contingente di anziani che, unitamente alla contrazione delle nascite, produce l'invecchiamento demografico che interessa il nostro Paese; esso si realizza non tanto per i guadagni di sopravvivenza medi delle varie generazioni quanto perchè mutano le proporzioni fra anziani e giovani: si pensi che l'indice di vecchiaia passa da 77,0 nel 1987 a 138,4 nell'anno 2000 per toccare i 213,7 nel 2010. Ove i livelli di fecondità si mantenessero sui livelli attuali (e quello del Mezzogiorno seguitasse a diminuire, come ipotizzato nelle previsioni) si assisterebbe in breve tempo ad un mutamento strutturale della popolazione italiana assai radicale.

Tale circostanza darà luogo a varie conseguenze.

8.2. - I calcoli effettuati per individuare le condizioni di salute della popolazione italiana pongono chiaramente in luce che la diminuzione del contingente demografico non darà luogo ad alcun sollievo della finanza

pubblica per quanto riguarda il comparto sanitario. In effetti, i semplici e schematici procedimenti impiegati – che consentono però l'utilizzazione dei risultati di rilevazioni complete o di indagini campionarie effettuate dall'ISTAT su tutto il territorio nazionale – dimostrano che la popolazione equivalente in unità di consumo ospedaliero (giornate di degenza) non diminuirà, ma aumenterà complessivamente nel tempo, sia pure di poco, e comunque si incrementerà rapidamente per quanto riguarda il segmento degli anziani. D'altro canto, le popolazioni equivalenti in unità di consumo di visite mediche generiche indicano tendenze alla stazionarietà o ad una lieve diminuzione nel tempo, che non può minimamente paragonarsi alla netta caduta del contingente demografico previsto. In questi due ultimi casi, peraltro, aumenta sensibilmente la quota di popolazione equivalente delle classi anziane.

8.3. – Le tendenze demografiche e l'aumento di peso delle classi di età più avanzate comportano conseguenze sul mercato del lavoro. Le valutazioni effettuate, esprimenti regolarità di larga massima, consentono però di individuare con sufficiente precisione il quadro di riferimento dei fenomeni che interessano il mercato del lavoro stesso: esse sottolineano che il fabbisogno netto di posti di lavoro comporta problemi di difficile soluzione soltanto per il prossimo quinquennio e soprattutto nel Mezzogiorno (in questa ripartizione, in verità, il problema appare più complesso e riveste una maggiore durata). Su scala nazionale saremo alle prese, nel futuro meno immediato, con penuria di mano d'opera e non con eccesso, come è invece accaduto nel lungo arco di tempo che va dal secolo scorso ai giorni nostri. Ciò dovrebbe consentire l'assorbimento della disoccupazione ancora esistente e potrebbe facilitare l'ulteriore ingresso delle donne sul mercato del lavoro. Proprio quest'ultima circostanza che, secondo quanto evidenziano le rilevazioni statistiche, si sta consolidando, induce a ritenere come scarsamente probabile un sensibile accrescimento dei livelli di fecondità e, di conseguenza, una modificazione del panorama demografico descritto dalle previsioni.

D'altro canto, i risultati delle elaborazioni effettuate hanno dimostrato che, nel breve periodo, il fabbisogno netto di posti che il sistema economico dovrebbe creare onde assicurare alle nuove leve di lavoro i livelli di occupazione registrati nel 1988 non appare sostanzialmente diverso sia che si provveda a porre i maschi in pensione a 60 anni e le donne a 55, sia che per entrambi i sessi si fissi l'età alla pensione a 65 anni. Tenuto conto che, come ricordato, nel più lungo periodo il problema nemmeno si pone, poichè, se mai, i contingenti in età da lavoro che si affacceranno sul mercato saranno così esigui da produrre eccedenze di posti piuttosto che penuria, non dovrebbero sussistere altri inconvenienti da superare che quelli, comprensibili, di tipo politico e sociale, per stabilire sia un innalzamento dell'età alla pensione sia l'adozione di un periodo entro cui ogni singolo individuo può decidere quando ritirarsi dal lavoro (ovviamente, vanno salvaguardate le posizioni di tutti coloro che esplicano attività lavorative pesanti o/e che comportano stress fisico, eccetera).

8.4. – La soluzione dianzi prospettata – che ormai sta entrando nella coscienza comune – si rende necessaria anche alla luce dei risultati ottenuti nella sezione in cui abbiamo affrontato talune questioni generali della

sicurezza sociale. Il tipo di calcoli effettuati, che pongono in relazione gli occupati (utilizzando le situazioni strutturali del 1988) con i pensionati (secondo le due ipotesi sopra prospettate) si giustificano anche alla luce di una concezione della previdenza e della società che si è andata affermando sempre più. In effetti nelle società evolute si è passati dal sistema di gestione finanziaria a capitalizzazione a quello a ripartizione. Ciò ha comportato, fra l'altro, che si riconoscessero pensioni anche ad individui non portatori di alcun diritto (che cioè non avevano versato i relativi contributi durante la vita attiva); tali categorie sono aumentate nel tempo, sia pure con ritmi disuguali, e la tendenza è quella - sviluppo economico permettendo - di ampliare l'ammontare di coloro che saranno confortati da una pensione nelle età avanzate, quale che sia il tipo di attività svolta in precedenza. In questo contesto è corretto riferirsi all'intera società e quindi ai rapporti occupati-pensionabili da noi calcolati. Essi diminuiscono molto nel periodo considerato e danno luogo a valori che nessuna solidarietà fra generazioni riuscirà a sopportare. Di qui la necessità inderogabile di elevare l'età alla pensione, anche se, si è messo in luce, la situazione appare leggermente meno allarmante allorchè si considera il problema della sicurezza sociale nella sua interezza e non soltanto con riferimento alla sola pensione di vecchiaia.

Come visto, l'ammontare di persone che dovrebbero andare in pensione durante il periodo 1988-2010 toccherà i 10,7 milioni. Di essi, 1,3 milioni proverrebbero dall'agricoltura e 9,4 dalle attività extra-agricole (6,3 milioni dal terziario). Tale risultato fornisce un ordine di grandezza che ci fa comprendere come occorra predisporre programmi articolati di assistenza agli anziani che dovrebbero essere diversi da quelli realizzati nel più recente passato, dato che la composizione economica e sociale dei pensionati è mutata rispetto al passato e cambierà ancor più rapidamente.

APPENDICE I

IL MODELLO PREVISIVO UTILIZZATO

1. - Forniamo qui di seguito una sintetica descrizione delle caratteristiche del modello previsivo utilizzato, illustrando alcuni elementi formali di ragguaglio del modello stesso che, pur rifacendosi a schemi metodologici noti (14), presenta talune caratteristiche di novità.

In sintesi, esse possono così elencarsi:

a) la proiezione demografica è stata effettuata per classi annuali di età, sesso e grande ripartizione geografica; le ripartizioni geografiche sono tre: l'Italia settentrionale, quella centrale e il Mezzogiorno, che raggruppa pertanto le regioni dell'Italia meridionale e le due regioni costituenti l'Italia insulare;

b) per quando riguarda il movimento migratorio, si è tenuto conto del fatto che le ripartizioni geografiche costituiscono un sistema interdipendente e, di conseguenza, non ci si è limitati a considerare i saldi tra iscritti e cancellati, ma si è fatto riferimento esplicitamente alle poste, attive e passive, del movimento migratorio stesso;

c) la fusione del movimento naturale e di quello migratorio è assicurata nel modello in forma moltiplicativa;

d) si è ipotizzato che le migrazioni si concentrino al termine di ciascun intervallo unitario di proiezione e che i migrati seguano, nel periodo successivo, le leggi di fecondità e mortalità della ripartizione di destinazione;

e) la matrice - contenente i dati di fecondità, mortalità e migrazioni necessari - che costituisce l'operatore delle proiezioni si è supposta variare nel tempo.

Come già detto, le previsioni sono state determinate singolarmente per le tre grandi ripartizioni geografiche dell'Italia settentrionale, di quella centrale e del Mezzogiorno. Faremo pertanto riferimento, nel seguito, alla generica r -ma grande ripartizione ($r = 1, 2, 3$).

2. - Le leggi del movimento naturale della generica r -ma ripartizione sono descritte dalla matrice di Leslie, L_r , generalizzata al caso dei due sessi nella ipotesi di dominanza femminile. Poiché si tratta di un operatore ormai ben noto (15), ci si limiterà qui a richiamare soltanto le particolarità che hanno caratterizzato la costruzione delle matrici ripartizionali.

Se si indica con s_{ij} la generica probabilità prospettiva di sopravvivenza - nella quale il primo indice è relativo alla classe di età, espressa in anni compiuti ($i = 0, \dots, 80$), il secondo al sesso ($j = 1, 2$) ed il terzo alla

(14) Si vedano: C. WATTELAR, S. GILLET - DE STEFANO, *Représentation matricielles du mouvement naturel et du mouvement migratoire d'une population*, Recherches Economiques de Louvain, n. 4, novembre 1971; E. MATTIOLI, *Il modello di proiezione PDS I*, in M. C. TESTUZZA (a cura di), *La popolazione in Italia: stato e prospettive socioeconomiche*, CUECM, Catania, 1986.

(15) Si veda: O. VITALI, *La crisi italiana: il problema della popolazione*, F. Angeli, Milano, 1976.

ripartizione geografica ($r = 1, 2, 3$) - si perviene a determinarne l'espressione impiegando, come già specificato nel testo, la funzione di sopravvivenza proposta da Petrioli mediante le

$$S_{jr} = \frac{\int_{i+1}^{i+2} l(a; \theta_{1jr}, \dots, \theta_{5jr}) da}{\int_1^{i+1} l(a; \theta_{1jr}, \dots, \theta_{5jr}) da} \quad (i \neq 80)$$

$$S_{80jr} = \frac{\int_{81}^w l(a; \theta_{1jr}, \dots, \theta_{5jr}) da}{\int_{80}^w l(a; \theta_{1jr}, \dots, \theta_{5jr}) da}$$

nelle quali i parametri delle funzioni di sopravvivenza sono stati stimati utilizzando le tavole di mortalità ripartizionali recentemente costruite (16).

Il calcolo degli elementi a_{jr} della matrice di Leslie concernenti la fecondità è stato effettuato mediante l'espressione:

$$a_{jr} = \frac{\int_0^1 l(a; \theta_{jr}) da}{2 l(0)} (f_{ir} + s_{12r} f_{i+1,r}) \frac{N_j}{N}$$

nella quale

$$\theta_{jr} = [\theta_{1jr}, \dots, \theta_{5jr}]$$

$$N_j / N$$

indica il rapporto dei sessi alla nascita

$$f_{ir} = \int_1^{i+1} \gamma_r(a; R_{or}, \mu_r, \sigma_r^2) da$$

$$\gamma_r(\cdot)$$

esprime la funzione di fecondità (di tipo gamma);

$$R_{or}$$

(16) ISTAT, *Tavole di mortalità della popolazione italiana per regione 1979-1983*, Note e Relazioni, n. 1, 1987.

è il tasso lordo di riproduzione ripartizionale, mentre

$$\mu_r, \sigma_r^2$$

indicano rispettivamente l'età media alla maternità e la relativa varianza nella popolazione stazionaria con riferimento alla grande ripartizione r-ma (17).

3. - Per quanto attiene al movimento migratorio, il tener conto esplicitamente dell'interdipendenza esistente nel sistema delle ripartizioni geografiche comporta l'utilizzazione di un insieme di matrici che risultano atte a descrivere le iscrizioni e le cancellazioni distinte per classi di età e sesso.

Se si indicano con Q_{ur} la matrice diagonale che descrive la probabilità di emigrare dalla regione r alla regione u , il generico elemento sulla diagonale principale sarà costituito da q_{ijur} ($i = 0, \dots, 80; j = 1, 2; u, r = 1, 2, 3; u \neq r$); esso è stato ottenuto mediante l'espressione:

$$\begin{aligned} q_{ijur} &= \frac{M_{jur}}{P_{jr}} \cdot \frac{M_{ijur}}{M_{jur}} \cdot \frac{P_{jr}}{P_{ijr}} \\ &= h_{jur} \cdot g_{ijur} \cdot \pi_{ijr} \end{aligned} \quad [1]$$

dove:

$$M_{ijur}$$

rappresenta il flusso di iscritti nella ripartizione u-ma proveniente dalla ripartizione r-ma, distinti per età e sesso;

$$M_{jur} = \sum_{i=0}^{80} M_{ijur}$$

$$P_{ijr}$$

esprime la popolazione, distinta per età e sesso, che risiede nella ripartizione r-ma all'inizio dell'intervallo di tempo unitario;

$$P_{jr} = \sum_{i=0}^{80} P_{ijr}$$

(17) Come detto, mentre i regimi di mortalità sono stati assunti come costanti, la fecondità presenta mutamenti tendenziali non troppo rilevanti. Poichè la costruzione degli elementi non nulli della matrice di Leslie dipende da un insieme molto ridotto di indici (cinque per la legge di sopravvivenza di ciascun sesso e tre per quella di fecondità) appare estremamente agevole aggiornarla in modo da tener conto di eventuali tendenze evolutive delle leggi di fecondità e di mortalità o, meglio, dell'insieme di fattori che condizionano tali leggi.

Di conseguenza, i fattori a secondo numero della [1] stanno rispettivamente a significare: la probabilità per un(a) residente nella ripartizione r-ma di migrare nella ripartizione u-ma; la struttura per età e sesso dei migrati dalla ripartizione r-ma alla ripartizione u-ma; la struttura per età e sesso della popolazione residente nella ripartizione r-ma. Poichè si è inoltre assunto che:

$$h_{jur} = h_{ur} \quad [2]$$

$$g_{ijur} = g_{ij} \quad [3]$$

cioè che la probabilità di migrare dalla ripartizione r-ma è indipendente dal sesso e che la struttura per età e sesso dei migrati dalla ripartizione r-ma alla u-ma è indipendente dalle ripartizioni di origine e destinazione, si ottiene che la generica matrice Q_{ur} può determinarsi in base alla relazione:

$$Q_{ur} = h_{ur} G \quad (u \neq r) \quad [4]$$

con G matrice diagonale che rispecchia la struttura per età e sesso dei migrati.

Infine, la matrice Q_{rr} ($r = 1, 2, 3$) è stata determinata seguendo assunzioni analoghe, con l'avvertenza che

$$h_{rr} = 1 - \sum_{r \neq u} h_{ur}$$

rappresenta la probabilità che ha un residente della ripartizione r-ma sia di non emigrare, sia di emigrare nell'ambito della ripartizione stessa (18).

Le assunzioni [2] e [3] possono sembrare eccessivamente restrittive. Analizziamo la questione con riferimento al movimento migratorio. In effetti, le [2] e [3] colgono rispettivamente l'intensità (i primi due insiemi di relazioni) e la struttura per età e sesso (il terzo insieme di relazioni) del movimento migratorio stesso. Orbene, mentre sembra che quest'ultima caratteristica non presenti variazioni di notevole entità nel tempo e nello spazio, altrettanto non può affermarsi per la prima. È per tale motivo che, in questo caso così come per la fecondità, si sono compiuti dei tentativi per «spiegare» l'andamento dei rispettivi indici utilizzando un modello di tipo econometrico che tenga esplicitamente conto dei fattori di natura sociale ed economica.

Nel confermare che nella proiezione si è fatto riferimento a regimi che non presentano una dinamica temporale accentuata, il che, con tutta probabilità, concorre a rendere meno marcato il processo di invecchiamento che investirà la popolazione italiana, si vuole specificare che, per il movimento migratorio, i migliori risultati sono stati sinora ottenuti mediante un modello di cinque equazioni simultanee che descrivono gli andamenti delle cinque variabili endogene in termini di cinque variabili esogene,

(18) Nella formulazione del modello è implicita l'ipotesi che le migrazioni si concentrino al termine di ciascun intervallo unitario di proiezione e che i migrati seguano, nel periodo successivo, le leggi di mortalità e fecondità della ripartizione di destinazione.

mentre nel caso del movimento naturale si è utilizzato un analogo modello lineare con risultati ugualmente buoni.

Come visto, la disaggregazione territoriale delle proiezioni è stata ottenuta utilizzando un modello di tipo moltiplicativo, che ovviamente è più complesso di quello di tipo additivo, richiedendo pertanto una maggiore massa di informazioni; tuttavia esso offre vantaggi molto rilevanti in termini di coerenza logico-demografica.

D'altro canto, l'ottimo adattamento ai dati osservati, per quanto riguarda la capacità di descrivere mediante una singola funzione analitica l'andamento della sopravvivenza alle varie classi di età, sempre verificatosi nei casi considerati, ha superato le perplessità che si erano inizialmente poste.

Va infine sottolineato che il modello previsivo è stato precedentemente impiegato più volte ed ha sempre fornito valutazioni estremamente accurate. Tale circostanza, se pure non fornisce una prova conclusiva sulla bontà del modello utilizzato, ce lo fa considerare con interesse anche perchè la sua impostazione metodologica ha contribuito a stimolare gli studi sulle matrici di transizione relative al movimento migratorio (19).

(19) E. MATTIOLI, A. MERLINI, *L'evoluzione delle migrazioni interne italiane alla luce di alcuni modelli stocastici*, Quaderni dell'Istituto Matematico-Statistico, Facoltà di Economia e Commercio, Università degli Studi di Ancona, n. 4, 1982, e *Alcuni aspetti metodologici nello studio delle migrazioni interne. L'esperienza italiana 1969-1979* Statistica, XLIII, n. 2, 1983.

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

APPENDICE II
TAVOLE STATISTICHE

TAVOLA 1

PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE PER GRANDE RIPARTIZIONE, SESSO E CLASSE DI ETÀ A VARIE EPOCHE
(Ipotesi evolutiva dei tassi lordi di riproduzione)

1987

CLASSI DI ETÀ	NORD			CENTRO			MEZZOGIORNO			ITALIA		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
0-4	521.613	496.639	1.018.252	242.384	231.671	474.055	688.717	656.734	1.345.451	1.452.714	1.385.044	2.837.758
5-9	616.866	587.115	1.203.981	283.945	269.600	553.545	771.970	272.966	1.499.936	1.672.781	1.584.681	3.257.462
10-14	835.864	797.281	1.633.145	367.408	351.222	718.630	900.748	849.293	1.750.041	2.104.020	1.997.796	4.101.816
15-19	968.650	925.763	1.894.413	413.317	396.941	810.258	955.109	906.976	1.862.085	2.337.076	2.229.680	4.566.756
20-24	1.036.798	1.002.217	2.039.015	441.894	432.758	874.652	979.469	940.066	1.919.935	2.458.161	2.375.041	4.833.202
25-29	950.419	916.998	1.867.417	411.673	402.383	814.056	847.069	833.768	1.680.837	2.209.161	2.153.149	4.362.310
30-34	886.119	867.805	1.753.924	373.659	374.823	748.482	714.960	724.808	1.439.768	1.974.738	1.967.436	3.942.174
35-39	911.302	905.501	1.816.803	371.774	379.694	751.468	671.971	683.508	1.355.479	1.955.047	1.968.703	3.923.750
40-44	881.293	881.843	1.763.136	355.267	370.853	726.120	595.356	606.142	1.201.498	1.831.916	1.858.838	3.690.754
45-49	912.037	927.921	1.839.958	360.404	381.694	742.098	563.297	587.565	1.150.862	1.835.738	1.897.180	3.732.918
50-54	833.512	864.925	1.698.437	343.880	367.598	711.478	544.073	581.745	1.125.818	1.721.465	1.814.268	3.535.733
55-59	796.747	861.612	1.658.359	338.288	365.644	703.932	535.036	586.933	1.121.969	1.670.071	1.814.189	3.484.260
60-64	715.898	839.803	1.555.701	321.305	364.019	685.324	488.548	552.874	1.041.422	1.525.751	1.756.696	3.282.447
65-69	507.630	674.029	1.181.659	241.885	297.355	539.240	346.369	435.321	781.960	1.095.884	1.406.705	2.502.589
70-74	386.850	572.442	959.292	177.552	238.602	416.154	277.568	357.822	635.390	841.970	1.168.866	2.010.836
75-79	320.957	546.753	867.710	145.517	219.186	364.703	225.012	315.334	540.346	691.486	1.081.273	1.772.759
80 e più	234.961	532.703	767.664	108.369	209.797	318.166	168.602	307.152	475.754	511.932	1.049.652	1.561.584
TOTALE ...	12.317.516	13.201.350	25.518.866	5.298.521	5.653.840	10.952.361	10.273.874	10.654.007	20.927.881	27.889.911	29.509.197	57.399.108

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue: TAVOLA I

PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE PER GRANDE RIPARTIZIONE, SESSO E CLASSE DI ETÀ A VARIE EPOCHE

(Ipotesi evolutiva dei tassi lordi di riproduzione)

1990

CLASSI DI ETÀ	NORD			CENTRO			MEZZOGIORNO			ITALIA		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
0-4	493.141	470.429	936.570	232.277	221.882	454.159	682.943	652.504	1.335.447	1.408.361	1.344.815	2.753.176
5-9	556.220	529.110	1.085.330	259.431	246.835	506.226	723.178	687.702	1.410.880	1.538.829	1.463.647	3.002.476
10-14	688.784	656.975	1.345.759	312.944	297.480	610.424	814.434	767.709	1.582.143	1.816.162	1.722.164	3.538.326
15-19	914.161	871.222	1.785.383	396.366	380.627	776.993	930.833	880.717	1.811.550	2.241.360	2.132.566	4.373.926
20-24	998.169	963.845	1.962.014	424.341	413.250	837.591	962.632	914.524	1.877.156	2.385.142	2.291.619	4.676.761
25-29	1.020.281	987.610	2.007.891	441.696	433.246	874.942	934.386	904.747	1.839.133	2.396.363	2.325.603	4.821.966
30-34	921.397	992.287	1.813.684	396.820	390.723	787.543	774.484	776.768	1.551.252	2.092.701	2.059.778	4.152.479
35-39	868.108	859.163	1.727.271	362.443	367.026	729.469	669.860	683.989	1.353.849	1.900.411	1.910.178	3.810.589
40-44	956.324	956.438	1.912.762	388.158	401.417	789.575	673.825	687.459	1.361.284	2.018.307	2.045.314	4.063.621
45-49	817.103	830.918	1.648.021	326.333	344.197	670.530	529.378	546.966	1.076.344	1.672.814	1.722.081	3.394.895
50-54	886.059	917.870	1.803.929	359.353	386.595	745.948	553.764	589.247	1.143.011	1.799.176	1.893.712	3.692.888
55-59	790.352	849.458	1.639.810	331.777	360.594	692.371	525.875	575.481	1.101.356	1.648.004	1.785.533	3.433.537
60-64	731.089	838.228	1.569.317	321.007	360.895	681.902	501.758	564.409	1.066.167	1.553.854	1.763.532	3.317.386
65-69	611.596	799.903	1.411.499	286.633	349.568	636.201	416.195	511.751	972.946	1.314.424	1.661.222	2.975.646
70-74	328.478	490.558	819.036	161.156	217.446	378.602	241.579	323.109	564.688	731.213	1.031.113	1.762.326
75-79	316.876	556.183	873.059	147.598	227.935	375.533	226.034	322.424	548.458	690.508	1.106.542	1.797.050
80 e più	254.991	590.044	845.035	119.795	235.441	355.236	186.264	328.780	515.044	561.050	1.154.265	1.715.315
TOTALE ...	12.153.129	13.060.241	25.213.370	5.268.128	5.635.128	10.903.285	10.347.422	10.718.286	21.065.708	27.768.679	29.413.684	57.182.363

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue: TAVOLA 1

PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE PER GRANDE RIPARTIZIONE, SESSO E CLASSE DI ETÀ A VARIE EPOCHE
(Ipotesi evolutiva dei tassi lordi di riproduzione)

1995

CLASSI DI ETÀ	NORD			CENTRO			MEZZOGIORNO			ITALIA		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
0-4	407.054	388.289	795.343	205.077	195.744	400.821	533.819	510.602	1.044.421	1.145.950	1.094.635	2.240.585
5-9	468.152	474.558	972.710	236.295	225.350	461.645	668.600	641.112	1.309.712	1.403.047	1.341.020	2.744.067
10-14	560.130	532.765	1.092.895	262.397	249.490	511.887	713.359	680.197	1.393.556	1.535.886	1.462.452	2.998.338
15-19	691.178	659.838	1.351.016	314.909	299.542	614.451	805.780	761.163	1.566.943	1.811.867	1.720.543	3.532.410
20-24	916.525	879.709	1.796.234	399.223	387.472	786.695	918.508	862.545	1.781.053	2.234.256	2.129.726	4.363.982
25-29	1.005.180	975.078	1.980.258	432.013	423.934	855.947	937.531	888.174	1.825.705	2.374.724	2.287.186	4.661.910
30-34	1.027.367	994.363	2.021.730	449.439	439.846	889.285	904.961	884.935	1.789.896	2.381.767	2.319.144	4.700.911
35-39	921.217	894.937	1.816.154	399.556	393.778	793.334	753.695	762.778	1.516.473	2.074.468	2.051.493	4.125.961
40-44	861.428	858.280	1.719.708	362.174	368.184	730.358	652.563	672.471	1.325.034	1.876.165	1.898.935	3.775.100
45-49	940.900	951.706	1.892.606	385.001	401.046	786.047	653.589	674.550	1.328.139	1.979.490	2.027.302	4.006.792
50-54	793.019	821.979	1.614.998	319.995	342.103	662.098	510.220	534.797	1.045.017	1.623.234	1.698.879	3.322.113
55-59	842.507	900.317	1.742.824	346.486	381.227	727.713	526.782	572.263	1.099.045	1.715.775	1.853.807	3.569.582
60-64	726.281	821.577	1.547.858	311.007	350.895	661.902	487.213	551.107	1.038.320	1.524.501	1.723.579	3.248.080
65-69	634.922	791.164	1.426.086	287.153	343.580	630.733	442.830	525.299	968.129	1.364.905	1.660.043	3.024.948
70-74	482.847	720.240	1.203.087	235.684	318.507	554.191	339.084	452.586	791.670	1.057.615	1.491.333	2.548.948
75-79	225.854	407.541	633.395	116.422	183.299	299.721	173.184	260.639	433.823	515.460	851.479	1.366.939
80 e più	271.582	659.069	930.651	131.965	269.420	401.385	201.646	354.103	555.749	605.193	1.282.592	1.887.785
TOTALE ...	11.806.143	12.731.410	24.537.553	5.194.796	5.573.417	10.768.213	10.223.364	10.589.321	20.812.685	27.224.303	28.894.148	56.118.451

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue: TAVOLA 1

PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE PER GRANDE RIPARTIZIONE, SESSO E CLASSE DI ETÀ A VARIE EPOCHE
(Ipotesi evolutiva dei tassi lordi di riproduzione)

2000

CLASSI DI ETÀ	NORD			CENTRO			MEZZOGIORNO			ITALIA		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
0-4	301.767	287.740	589.416	160.968	153.671	314.639	411.957	394.023	805.980	874.601	835.434	1.710.035
5-9	410.574	319.210	801.784	207.372	197.761	405.133	523.901	502.772	1.026.673	1.141.847	1.091.743	2.233.590
10-14	502.161	478.345	980.506	239.059	227.856	466.915	659.150	633.723	1.292.873	1.400.370	1.339.924	2.740.294
15-19	562.769	535.819	1.098.588	264.161	251.350	515.511	705.339	673.919	1.379.258	1.532.269	1.416.088	2.993.357
20-24	694.908	669.764	1.364.672	317.568	305.827	623.395	793.644	742.654	1.536.298	1.806.120	1.718.245	3.524.365
25-29	924.366	891.632	1.815.998	406.421	397.281	803.702	893.716	836.692	1.730.408	2.225.503	2.125.605	4.350.108
30-34	1.012.787	981.499	1.994.286	440.050	430.458	870.508	907.343	868.836	1.776.179	2.360.180	2.280.793	4.640.973
35-39	1.028.495	997.792	2.026.287	452.818	443.340	896.158	879.737	868.690	1.748.427	2.361.050	2.309.882	4.670.872
40-44	915.277	895.025	1.810.302	399.266	395.161	794.427	733.563	749.244	1.482.807	2.048.106	2.039.430	4.087.5369
45-49	848.636	855.021	1.703.657	359.370	368.111	727.481	632.364	659.153	1.291.517	1.804.370	1.882.285	3.722.655
50-54	913.963	942.272	1.856.235	377.664	398.809	776.473	629.366	658.907	1.288.273	1.920.993	1.999.988	3.920.981
55-59	753.721	806.140	1.559.861	308.547	337.411	645.958	485.064	519.185	1.004.249	1.547.332	1.662.736	3.210.068
60-64	774.211	870.542	1.644.753	324.838	370.852	659.690	488.552	548.524	1.037.076	1.587.601	1.789.918	3.377.519
65-69	630.397	775.357	1.405.754	278.207	334.083	612.290	429.958	512.786	942.744	1.338.562	1.622.226	2.960.788
70-74	501.479	712.847	1.214.326	236.376	313.291	549.670	360.410	464.424	824.834	1.098.268	1.490.562	2.588.830
75-79	329.463	595.032	924.495	168.771	266.820	435.591	242.162	363.562	605.724	740.396	1.225.414	1.965.810
80 e più	234.091	604.449	838.540	121.766	260.340	382.106	181.219	331.222	512.411	537.076	1.196.011	1.733.087
TOTALE ...	11.338.974	12.290.486	23.629.460	5.063.225	5.452.422	10.515.647	9.957.445	10.328.316	20.285.761	26.359.644	28.071.224	54.430.868

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue: TAVOLA 1

PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE PER GRANDE RIPARTIZIONE, SESSO E CLASSE DI ETÀ A VARIE EPOCHE
(Ipotesi evolutiva dei tassi lordi di riproduzione)

2005

CLASSI DI ETÀ	NORO			CENTRO			MEZZOGIORNO			ITALIA		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
0-4	275.221	245.340	502.561	135.277	129.132	264.409	372.614	356.372	728.986	765.112	730.844	1.495.956
5-9	304.885	290.414	595.299	162.537	155.048	317.858	403.981	387.706	791.687	871.403	833.168	1.704.571
10-14	413.427	393.942	807.369	209.008	199.277	408.285	517.232	497.638	1.014.870	1.139.667	1.090.857	2.230.524
15-19	504.824	481.387	986.211	240.697	229.589	470.286	651.561	627.701	1.279.262	1.397.082	1.338.677	2.735.759
20-24	566.740	545.965	1.112.705	266.526	256.945	523.471	694.174	656.239	1.350.413	1.527.440	1.459.149	2.986.589
25-29	704.799	683.371	1.388.170	324.079	314.619	638.698	769.353	716.920	1.486.273	1.093.432	1.714.910	3.513.141
30-34	932.908	898.572	1.831.480	413.995	403.276	817.271	863.982	817.818	1.681.800	2.210.885	2.119.666	4.330.551
35-39	1.014.272	984.725	1.998.997	443.656	433.930	877.586	881.609	852.912	1.734.521	2.339.537	2.271.567	4.611.104
40-44	1.022.787	998.236	2.021.023	452.682	444.939	897.621	855.628	853.077	1.708.705	2.331.097	2.296.252	4.627.349
45-49	902.644	892.496	1.795.140	396.193	395.211	791.404	710.353	733.856	1.444.209	2.009.190	2.021.563	4.030.753
50-54	825.274	847.478	1.672.752	352.663	366.318	718.981	608.502	643.251	1.251.753	1.786.439	1.857.047	3.643.486
55-59	869.354	924.859	1.794.213	364.256	393.523	757.779	597.824	639.054	1.236.878	1.831.434	1.957.436	3.788.870
60-64	691.929	779.144	1.471.073	289.184	328.221	617.405	449.582	497.474	947.056	1.430.695	1.604.839	3.035.534
65-69	672.164	821.438	1.493.602	290.687	352.997	643.684	431.758	510.994	942.752	1.394.609	1.685.429	3.080.038
70-74	497.536	698.473	1.196.009	228.981	304.645	533.626	349.840	453.134	802.974	1.076.357	1.456.252	2.532.609
75-79	342.353	589.421	931.774	169.442	262.681	432.123	257.098	373.111	630.209	768.893	1.225.213	1.994.106
80 e più	270.414	692.141	962.555	144.356	307.044	451.400	208.763	380.649	589.412	623.533	1.379.834	2.003.367
TOTALE ...	10.793.531	11.767.402	22.560.933	4.884.219	5.277.395	10.161.614	9.623.854	9.997.906	19.621.760	25.301.604	27.042.703	52.234.307

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue: TAVOLA 1

PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE PER GRANDE RIPARTIZIONE, SESSO E CLASSE DI ETÀ A VARIE EPOCHE
(Ipotesi evolutiva dei tassi lordi di riproduzione)

2010

CLASSI DI ETÀ	NORD			CENTRO			MEZZOGIORNO			ITALIA		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
0-4	234.503	223.718	458.221	123.501	117.904	241.405	282.249	269.939	552.188	640.253	611.561	1.251.814
5-9	260.604	248.161	508.765	136.988	130.622	276.610	364.687	350.047	714.734	762.279	728.830	1.491.109
10-14	307.378	292.767	600.145	163.689	156.129	319.818	398.671	383.595	782.266	869.738	832.491	1.702.229
15-19	415.352	396.266	811.618	209.968	200.404	410.372	511.658	493.162	1.004.820	1.136.978	1.098.832	2.226.810
20-24	508.672	491.173	999.845	242.852	234.732	477.584	641.172	611.005	1.252.177	1.392.696	1.336.910	2.729.606
25-29	576.706	559.786	1.136.492	272.275	264.850	537.125	671.829	631.700	1.303.529	1.520.810	1.456.336	2.977.146
30-34	715.282	691.467	1.406.749	330.845	319.986	650.831	741.088	698.648	1.439.736	1.787.215	1.710.101	3.497.316
35-39	935.263	902.169	1.837.432	417.400	406.456	823.856	838.895	802.466	1.641.361	2.191.558	2.111.091	4.302.649
40-44	1.008.834	985.012	1.993.846	443.710	435.524	879.234	857.140	837.597	1.694.737	2.309.684	2.258.133	4.567.817
45-49	1.009.462	995.737	2.005.199	449.362	445.040	894.402	828.063	835.375	1.663.438	2.286.887	2.276.152	4.563.039
50-54	878.548	885.407	1.763.955	388.818	393.395	782.213	683.196	715.671	1.398.867	1.950.562	1.994.473	3.945.035
55-59	785.879	832.709	1.618.588	340.304	361.714	702.018	577.699	623.307	1.201.006	1.703.882	1.817.730	3.521.612
60-64	798.649	894.458	1.693.107	341.463	382.918	724.381	553.674	611.887	1.165.561	1.693.786	1.889.263	3.583.049
65-69	599.677	734.593	1.334.270	258.600	312.344	507.944	396.951	463.191	860.142	1.255.228	1.510.128	2.765.356
70-74	530.880	740.110	1.270.990	239.453	321.900	561.353	351.990	452.291	804.281	1.122.323	1.514.301	2.636.624
75-79	339.363	577.360	916.723	164.071	255.420	419.491	249.394	363.699	613.093	752.828	1.196.479	1.949.307
80 e più	295.553	733.977	1.026.530	154.571	328.506	483.077	228.362	410.358	638.720	675.486	1.472.841	2.148.327
TOTALE ...	10.197.605	11.184.870	21.382.475	4.677.870	5.067.844	9.745.714	9.176.718	9.553.938	18.730.656	24.052.193	25.806.652	49.858.845

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

: TAVOLA 2

PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE PER GRANDE RIPARTIZIONE, SESSO E CLASSE DI ETÀ A VARIE EPOCHE
(Ipotesi di omogeneità dei tassi lordi di riproduzione)

1987

CLASSI DI ETÀ	NORD			CENTRO			MEZZOGIORNO			ITALIA		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
0-4	521.613	496.639	1.018.252	242.384	231.671	474.055	688.717	656.734	1.345.451	1.452.714	1.385.044	2.837.758
5-9	616.866	587.115	1.203.981	283.945	269.600	553.545	771.970	727.966	1.499.936	1.672.781	1.584.4681	3.257.462
10-14	835.864	797.281	1.633.145	367.408	351.222	718.630	900.748	849.293	1.750.041	2.104.020	1.997.796	4.101.816
15-19	968.650	924.763	1.894.413	413.317	396.941	810.258	955.109	906.976	1.862.085	2.337.076	2.229.680	4.566.756
20-24	1.036.798	1.002.217	2.039.015	441.894	432.758	874.652	979.469	940.066	1.919.535	2.458.161	2.375.041	4.833.202
25-29	950.419	916.998	1.867.414	411.673	402.383	814.056	847.069	833.768	1.680.837	2.209.161	2.153.149	4.362.310
30-34	886.119	867.805	1.753.924	373.659	374.823	748.482	714.960	724.808	1.439.768	1.974.738	1.967.436	3.942.174
35-39	911.302	905.501	1.816.803	317.774	379.694	741.468	671.971	683.508	1.355.479	1.955.047	1.968.703	3.923.750
40-44	881.293	881.843	1.763.136	355.267	370.853	726.120	595.356	606.142	1.201.498	1.831.916	1.858.838	3.69.754
45-49	912.037	927.921	1.839.958	360.404	381.694	742.098	563.297	587.565	1.150.862	1.835.738	1.897.180	3.732.918
50-54	833.512	864.925	1.698.437	343.880	367.598	711.478	544.073	581.745	1.125.818	1.721.465	1.814.268	3.535.733
55-59	796.747	861.612	1.658.359	338.288	365.644	703.932	535.036	586.933	1.121.969	1.670.071	1.814.189	3.484.260
60-64	715.898	839.808	1.555.701	321.305	364.019	685.324	488.548	552.874	1.041.422	1.525.751	1.756.696	3.282.447
65-69	507.630	674.029	1.181.659	241.885	297.355	539.240	346.369	435.321	781.690	1.095.884	1.406.705	2.502.589
70-74	386.850	572.442	959.292	177.552	238.602	416.154	277.568	357.822	635.390	841.970	1.168.866	2.010.836
75-79	320.957	546.753	867.710	145.517	219.186	364.703	225.012	315.334	540.346	691.486	1.081.273	1.772.759
80 e più	234.961	532.703	767.664	108.369	209.797	318.166	168.602	307.152	475.754	511.932	1.049.652	1.561.584
TOTALE ...	12.317.516	13.201.350	25.518.866	5.298.521	5.653.840	10.952.361	10.273.874	10.654.007	20.927.881	27.889.911	29.509.197	57.399.108

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue: TAVOLA 2

PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE PER GRANDE RIPARTIZIONE, SESSO E CLASSE DI ETÀ A VARIE EPOCHE
(Ipotesi di omogeneità dei tassi lordi di riproduzione)

1990

CLASSI DI ETÀ	NORD			CENTRO			MEZZOGIORNO			ITALIA		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
0-4	493.141	470.429	963.570	231.473	221.116	452.589	682.943	652.504	1.335.447	1.407.557	1.344.049	2.751.606
5-9	556.220	529.110	1.085.330	259.431	246.835	506.266	723.178	687.702	1.410.880	1.538.829	1.463.647	3.002.476
10-14	688.784	656.975	1.345.759	312.944	297.480	610.424	814.434	767.709	1.582.143	1.816.162	1.722.164	3.538.326
15-19	914.161	871.222	1.885.383	396.366	380.627	776.993	930.833	880.717	1.811.550	2.241.360	2.132.566	4.373.926
20-24	998.169	963.845	1.962.014	424.341	413.250	837.591	962.632	914.524	1.877.156	2.385.142	2.291.619	4.676.761
25-29	1.020.281	987.610	2.007.891	441.696	433.246	874.942	934.386	904.747	1.839.133	2.396.363	2.325.603	4.721.966
30-34	921.397	892.287	1.813.684	396.820	390.723	787.543	774.484	776.768	1.551.252	2.092.701	2.059.778	4.152.479
35-39	868.108	859.163	1.727.271	362.443	367.026	729.469	669.860	683.989	1.353.849	1.900.411	1.910.178	3.810.589
40-44	956.324	956.438	1.912.762	388.158	401.417	789.575	673.825	687.459	1.361.284	2.018.307	2.045.314	4.063.621
45-49	817.103	830.918	1.648.021	326.333	344.197	670.530	529.378	546.966	1.076.344	1.672.814	1.722.081	3.394.895
50-54	886.059	917.870	1.803.929	359.353	386.595	745.948	553.764	589.247	1.143.011	1.799.176	1.893.712	3.692.888
55-59	790.352	849.458	1.639.810	331.777	360.594	692.371	525.875	575.481	1.101.356	1.648.004	1.785.533	3.433.537
60-64	731.089	838.228	1.569.317	321.007	360.895	681.902	501.758	564.409	1.066.167	1.553.854	1.763.532	3.317.386
65-69	611.596	799.903	1.411.499	286.633	349.568	636.201	416.201	511.751	927.946	1.314.424	1.661.222	2.975.646
70-74	328.478	490.558	819.036	161.156	217.446	378.602	241.579	323.109	564.688	731.213	1.031.113	1.762.326
75-79	316.876	556.183	873.059	147.598	227.935	375.533	226.034	322.424	548.458	690.508	1.106.542	1.797.050
80 e più	254.991	590.044	845.035	119.795	235.441	355.236	186.264	328.780	515.044	561.050	1.154.265	1.715.315
TOTALE ...	12.153.129	13.060.241	25.213.370	5.267.324	5.634.391	10.901.715	10.347.422	10.718.286	21.065.708	27.767.875	29.412.918	57.180.793

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue: TAVOLA 2

PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE PER GRANDE RIPARTIZIONE, SESSO E CLASSE DI ETÀ A VARIE EPOCHÉ
(Ipotesi di omogeneità dei tassi lordi di riproduzione)

1995

CLASSI DI ETÀ	NORD			CENTRO			MEZZOGIORNO			ITALIA		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
0-4	406.892	388.154	795.046	196.634	187.675	384.309	513.792	491.456	1.005.248	1.117.318	1.067.285	2.184.603
5-9	498.136	474.545	972.681	235.531	224.617	460.148	668.583	641.097	1.309.680	1.402.250	1.340.259	2.742.509
10-14	560.130	532.765	1.092.895	262.397	249.490	511.887	713.359	680.197	1.393.556	1.535.886	1.462.452	2.998.338
15-19	691.178	659.838	1.351.016	314.909	255.542	614.451	805.780	761.163	1.566.943	1.811.867	1.720.543	3.532.410
20-24	916.525	879.709	1.796.234	399.223	387.472	786.695	918.508	862.545	1.781.053	2.234.256	2.129.726	4.363.982
25-29	1.005.180	975.078	1.980.258	432.013	423.934	855.947	937.531	888.174	1.825.705	2.374.724	2.287.186	4.661.910
30-34	1.027.367	994.363	2.021.730	449.439	439.846	889.285	904.961	884.935	1.789.896	2.381.767	2.319.144	4.700.911
35-39	921.217	894.937	1.816.154	399.556	393.778	793.334	753.695	762.778	1.516.473	2.074.468	2.051.493	4.125.961
40-44	861.428	858.280	1.719.708	362.174	368.184	730.358	652.563	672.471	1.325.034	1.876.165	1.898.935	3.775.100
45-49	940.900	951.706	1.892.606	385.001	401.046	786.047	653.589	674.550	1.328.139	1.979.490	2.027.302	4.006.792
50-54	793.019	821.979	1.614.998	319.995	342.103	662.098	510.220	534.797	1.045.017	1.623.234	1.698.879	3.322.113
55-59	842.507	900.317	1.742.824	346.486	381.227	727.713	526.782	572.263	1.099.045	1.715.775	1.853.807	3.569.582
60-64	726.281	821.577	1.547.858	311.007	350.895	661.902	487.213	551.107	1.038.320	1.524.501	1.723.579	3.248.080
65-69	634.922	791.164	1.426.086	287.153	343.580	630.733	442.830	525.299	968.129	1.364.905	1.660.043	3.024.948
70-74	482.847	720.240	1.203.087	235.684	318.507	554.191	339.084	452.586	791.670	1.057.615	1.491.333	2.548.948
75-79	225.854	407.541	633.395	116.422	183.299	299.721	173.184	260.639	433.823	515.460	851.479	1.366.939
80 e più	271.582	659.069	930.651	131.965	269.420	401.385	201.646	354.103	555.749	605.193	1.282.592	1.887.785
TOTALE ...	11.805.965	12.731.262	24.537.227	5.185.589	5.564.615	10.750.204	10.203.320	10.570.160	20.773.480	27.194.874	28.866.037	56.060.911

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue: TAVOLA 2

PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE PER GRANDE RIPARTIZIONE, SESSO E CLASSE DI ETÀ A VARIE EPOCHE
(Ipotesi di omogeneità dei tassi lordi di riproduzione)

2000

CLASSI DI ETÀ	NORD			CENTRO			MEZZOGIORNO			ITALIA		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
0-4	301.155	287.304	588.459	153.233	146.298	299.531	368.075	352.011	720.086	822.463	785.613	1.608.076
5-9	409.675	390.449	800.124	199.035	189.784	388.819	504.654	484.267	988.921	1.113.364	1.064.500	2.177.864
10-14	502.136	478.324	980.460	238.317	227.141	465.458	659.122	633.699	1.292.821	1.399.575	1.339.164	2.738.739
15-19	562.769	535.819	1.098.588	264.161	251.350	515.511	705.339	673.919	1.379.258	1.532.269	1.461.088	2.993.357
20-24	694.908	669.764	1.364.672	317.568	305.827	623.395	793.644	742.654	1.536.298	1.806.120	1.718.245	3.524.365
25-29	924.366	891.632	1.815.998	406.421	397.281	803.702	893.716	836.692	1.730.408	2.224.503	2.125.605	4.350.108
30-34	1.012.787	981.499	1.994.286	440.050	430.458	870.508	907.343	868.836	1.776.179	2.360.180	2.280.793	4.640.973
35-39	1.028.495	997.792	2.026.287	452.818	443.340	896.158	879.737	868.690	1.748.427	2.361.050	2.309.822	4.670.872
40-44	915.227	895.025	1.810.302	399.226	395.162	794.428	733.563	749.244	1.482.807	2.048.106	2.039.431	4.087.537
45-49	848.636	855.021	1.703.657	359.370	368.111	727.481	632.364	659.153	1.291.517	1.840.370	1.882.285	3.722.655
50-54	913.963	942.272	1.856.235	377.664	398.809	776.473	629.366	658.907	1.288.273	1.920.993	1.999.988	3.920.981
55-59	753.721	806.140	1.559.861	308.547	337.411	645.958	485.064	519.185	1.004.249	1.547.332	1.662.736	3.210.068
60-64	774.211	870.542	1.644.753	324.838	370.852	695.690	488.552	548.524	1.037.076	1.587.601	1.789.918	3.377.519
65-69	630.397	775.357	1.405.754	278.207	334.083	612.290	429.958	512.786	942.744	1.338.562	1.622.226	2.960.788
70-74	501.479	712.847	1.214.326	236.379	313.291	549.670	360.410	464.424	824.834	1.098.268	1.490.562	2.588.830
75-79	329.463	595.032	924.495	168.771	266.820	435.591	242.162	363.562	605.724	740.396	1.225.414	1.965.810
80 e più	234.091	604.449	838.540	121.766	260.340	382.106	181.219	331.222	512.441	537.076	1.196.011	1.733.087
TOTALE ...	11.337.529	12.289.268	23.626.797	5.046.411	5.436.358	10.482.769	9.894.288	10.267.775	20.162.063	26.278.228	27.993.401	54.271.629

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue: TAVOLA 2

PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE PER GRANDE RIPARTIZIONE, SESSO E CLASSE DI ETÀ A VARIE EPOCHE
(Ipotesi di omogeneità dei tassi lordi di riproduzione)

2005

CLASSI DI ETÀ	NORD			CENTRO			MEZZOGIORNO			ITALIA		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
0-4	256.821	245.007	501.828	128.795	122.951	251.746	334.829	320.208	655.037	720.445	688.166	1.408.611
5-9	303.006	288.826	591.832	154.566	147.474	302.040	361.896	347.194	709.090	819.468	783.494	1.602.962
10-14	412.067	392.783	804.850	200.717	191.334	392.051	498.447	479.518	977.965	1.111.231	1.063.635	2.174.866
15-19	504.792	481.360	986.152	239.971	228.886	468.857	651.526	627.671	1.279.197	1.396.289	856.557	2.734.206
20-24	566.740	545.965	1.112.705	266.526	256.945	523.471	694.174	656.239	1.350.413	1.527.440	1.459.149	2.986.589
25-29	704.799	683.371	1.388.170	324.079	314.619	638.698	769.353	716.920	1.486.273	1.798.231	1.714.910	3.513.141
30-34	932.908	898.572	1.831.480	413.995	403.276	817.271	863.982	817.817	1.681.779	2.210.885	2.119.665	4.330.550
35-39	1.014.272	984.725	1.998.997	443.656	433.930	877.586	881.609	852.912	1.734.521	2.339.537	2.271.567	4.611.104
40-44	1.022.787	998.236	2.021.023	452.682	444.939	897.621	855.628	853.077	1.708.705	2.331.097	2.296.252	4.627.349
45-49	902.644	892.496	1.795.140	396.193	395.211	791.404	710.353	733.856	1.444.209	2.009.190	2.021.563	4.030.753
50-54	825.274	847.478	1.672.752	352.663	366.318	718.981	608.502	643.251	1.251.753	1.786.439	1.857.047	3.643.486
55-59	869.354	924.859	1.794.213	364.256	393.523	757.779	597.824	639.054	1.236.878	1.831.434	1.957.436	3.788.870
60-64	691.929	779.144	1.471.073	289.184	328.221	617.405	449.582	497.474	947.056	1.430.695	1.604.839	3.035.534
65-69	672.164	821.438	1.493.602	290.687	352.997	643.684	431.758	510.994	942.752	1.394.609	1.685.429	3.080.038
70-74	497.536	698.473	1.196.009	228.981	304.645	533.626	349.840	453.134	802.974	1.076.357	1.456.252	2.532.609
75-79	342.353	589.421	931.774	169.442	262.281	432.123	257.098	373.111	630.209	768.893	1.225.213	1.994.106
80 e più	270.414	629.141	962.555	144.356	307.044	451.400	208.763	380.649	589.412	623.533	1.379.834	2.003.367
TOTALE ...	10.789.860	11.764.295	22.554.155	4.860.749	5.254.994	10.115.743	9.525.164	9.903.079	19.428.243	25.175.773	26.922.368	52.098.141

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue: TAVOLA 2

PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE PER GRANDE RIPARTIZIONE, SESSO E CLASSE DI ETÀ A VARIE EPOCHE
(Ipotesi di omogeneità dei tassi lordi di riproduzione)

2010

CLASSI DI ETÀ	NORD			CENTRO			MEZZOGIORNO			ITALIA		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
0-4	233.880	223.176	457.056	117.205	111.903	229.108	240.865	230.334	471.199	591.950	565.413	1.157.363
5-9	259.027	246.828	505.855	1.302.289	124.258	254.547	328.480	315.198	643.678	717.796	686.284	1.404.080
10-14	304.663	290.459	595.122	155.555	148.413	303.968	357.682	343.985	701.667	817.900	782.857	1.600.757
15-19	413.702	394.851	808.553	201.696	192.477	394.173	493.203	475.307	968.510	1.108.601	1.062.635	2.171.236
20-24	508.635	491.138	999.773	242.138	234.046	476.184	641.132	610.967	1.252.099	1.391.905	1.336.151	2.728.056
25-29	576.706	559.786	1.136.492	272.275	264.850	537.125	671.829	631.700	1.303.529	1.520.810	1.456.336	2.977.146
30-34	715.282	691.467	1.406.749	330.845	319.986	650.831	741.088	698.648	1.439.736	1.787.215	1.710.101	3.497.316
35-39	935.263	902.169	1.837.432	417.400	406.456	823.856	838.895	802.466	1.641.361	2.191.558	2.111.091	4.302.649
40-44	1.008.834	985.012	1.993.846	443.710	435.524	879.234	857.140	837.597	1.694.737	2.309.684	2.258.133	4.567.817
45-49	1.009.462	995.737	2.005.199	449.362	445.040	894.402	828.063	835.375	1.663.438	2.286.887	2.276.152	4.563.039
50-54	878.548	885.407	1.763.955	388.818	393.395	782.213	683.196	715.671	1.398.867	1.950.562	1.994.473	3.945.035
55-59	785.879	832.709	1.618.588	340.304	361.714	702.018	577.699	623.307	1.201.006	1.703.882	1.817.730	3.521.612
60-64	798.649	894.458	1.693.107	341.463	382.918	724.381	553.674	611.887	1.165.561	1.693.786	1.889.263	3.583.049
65-69	599.677	734.593	1.334.270	258.600	312.344	570.944	396.951	463.191	860.142	1.255.228	1.510.128	2.765.356
70-74	530.880	740.110	1.270.990	239.453	321.900	561.353	351.990	452.291	804.281	1.122.323	1.514.301	2.636.624
75-79	339.363	577.360	916.723	164.071	255.420	419.491	249.394	363.699	613.093	752.828	1.196.479	1.949.307
80 e più	292.553	733.977	1.026.530	154.571	328.506	483.077	228.362	410.358	638.720	675.486	1.472.841	2.148.327
TOTALE ...	10.191.003	11.179.237	21.370.240	4.647.755	5.039.150	9.686.905	9.039.643	9.421.981	18.461.624	23.878.401	25.640.368	49.518.769

SENATO DELLA REPUBBLICA

SERVIZIO STUDI

UFFICIO RICERCHE NEL SETTORE SOCIALE

L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI

Esperienze nazionali a confronto

DICEMBRE 1988

Introduzione

Su richiesta della Commissione d'inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano il Servizio Studi ha curato la redazione del presente dossier che riporta nella prima Parte le esperienze di quattro paesi europei (Francia, Regno Unito, Repubblica Federale di Germania, Svezia) in tema di assistenza agli anziani e nella seconda Parte alcuni dati di raffronto relativi a determinati indicatori di vita delle persone anziane in undici paesi (anche fuori dell'Europa).

Il tipo di quadro di riferimento che si è tenuto presente è stato quello più ampio possibile nell'ambito dell'espressione "assistenza agli anziani"; si sono così considerati i problemi relativi alla previdenza sociale, ai servizi sanitari, al supporto domiciliare, all'edilizia per anziani e così via.

A tale riguardo va ricordato che il Servizio Studi del Senato aveva già dedicato, nel dicembre del 1983, il n. 12 della propria serie "Quaderni di documentazione" agli aspetti comparati delle politiche sociali a favore degli anziani, con uno studio dal titolo "L'azione sociale della Francia e della Svezia in favore degli anziani". Nella redazione del presente dossier si è così tenuto conto dello studio citato oltre che di altre pubblicazioni

di carattere comparato fatte pervenire o già disponibili al Servizio Studi (1). In riferimento a ciascun paese si è premessa un'introduzione dove si dà conto delle esperienze più recenti o peculiari di quella nazione e, successivamente, si è fornito un quadro generale della politica di assistenza agli anziani nel paese (Regno Unito, Svezia) o si è riportata una selezione di articoli e documenti che sono stati ritenuti significativi al riguardo (Francia, Repubblica Federale di Germania).

Nella seconda parte si è riportata parte della pubblicazione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) (2), sulla situazione socio-sanitaria degli anziani in undici paesi, onde integrare la trattazione descrittiva dei vari interventi con una serie di dati fattuali sulla condizione dell'anziano in diverse realtà socioeconomiche sia urbane che rurali. Gli undici paesi scelti dall'OMS sono:

Belgio (Bruxelles)

Rep. Fed. Ted. (Berlino ovest)

Finlandia (Tampere)

Francia (Midi-Pyrénées)

Francia (Haute-Normandie)

(1) Care delivery systems for the elderly by D. Hunter, University of Bath, 1986

Conference of European Ministers responsible for social affairs, Varsavia 6-11 aprile 1987, rapporti nazionali

Economic Aspects of Strategies for the health care of the elderly, World Health Organisation (WHO), K.G. Wright, University of York

I nuovi vecchi - un confronto internazionale - a cura di C. Hanau, CIRIEC, 1987

(2) Gli anziani in undici paesi: un'indagine socio-sanitaria, Ufficio Regionale per l'Europa dell'O.M.S., 1983, trad. it. Regione Toscana Giunta Regionale, 1986

Grecia (Grecia rurale)

Italia (Firenze)

Italia (Basso Ombrone)

Italia (Amiata Ovest)

Kuwait (Kuwait)

Polonia (Bialystok)

Romania (Bucarest)

U.R.S.S. (Kiew)

Jugoslavia (Belgrado)

Jugoslavia (Zagabria)

I paesi per i quali - nella prima parte - si sono riportati dati ed informazioni in relazione alle varie politiche di assistenza nei confronti degli anziani hanno strutture di intervento, tanto sociale che sanitario, non perfettamente corrispondenti e tali dunque da non consentire accostamenti non circostanziati. Emergono tuttavia elementi ricorrenti nell'esperienza di ciascuno dei paesi esaminati, principalmente intorno alla consapevolezza delle tendenze demografiche e delle loro conseguenze sulle diverse politiche socio-economiche; in questo quadro vi è coscienza di un problema "grandi vecchi" (ultra 75enni o ultra 80enni) all'interno del più generale problema degli anziani, oltre alla consapevolezza che tra i motivi non ultimi della crescita della spesa sanitaria vi è anche l'invecchiamento progressivo della popolazione;

vi è infine la determinazione nel definire un equilibrio tra assistenza sociale ed assistenza sanitaria che riesca a risolvere i numerosi problemi che i fenomeni sopra accennati finiscono col produrre. Pur se nei quattro paesi esaminati sono normalmente diverse le istituzioni che presiedono ai servizi sociali ed ai servizi sanitari, sono frequenti i momenti di raccordo e le iniziative di coordinamento.

In Francia una via che è stata intrapresa è stata quella di dotare di "terminali" sanitari (paramedici o infermieristici) strutture propriamente di tipo sociale, mentre in Germania si è presa in considerazione l'ipotesi di un fondo mutualistico per l'assistenza sociale analogo a quello esistente per l'assistenza sanitaria.

In entrambi i paesi, ma anche nel Regno Unito e in Svezia, vi è sottostante una più generale preoccupazione di evitare il ricorso all'ospedalizzazione impropria, sia per rispettare e proteggere la dignità dell'anziano che nell'istituzione ospedaliera può vedere limitata la propria sfera di autonomia, sia per il costo che tale intervento comporta a carico della collettività a fronte di un risultato che potrebbe essere utilmente perseguito altrimenti. L'accentuazione sui servizi sociali per gli anziani è un aspetto centrale nella politica dei paesi esaminati, in particolare per quanto concerne il tentativo di assistere - per quanto

possibile - l'anziano a domicilio; in tal senso vanno gli sforzi sia della Francia, che dal 1981 ha decuplicato i servizi di assistenza a domicilio, sia della Svezia dove il 90% dei pensionati vive con i propri familiari o nella propria casa e dove sono stati sperimentati speciali "gruppi di progettazione dell'assistenza" che forniscono consulenza agli enti locali al fine del raggiungimento di un efficace equilibrio tra intervento sociale e sanitario. In questo paese è vigente un'apposita legge sui servizi sociali.

Nel Regno Unito la opportunità di un potenziamento dell'assistenza di tipo non istituzionale, o assistenza sul territorio (community care) è generalmente avvertita; in questo paese va peraltro considerata l'importanza dell'attività sul territorio delle associazioni di volontariato che, diffuse a livello locale, dispongono di notevoli risorse, anche finanziarie, ma soprattutto umane.

In Germania l'accento della politica di assistenza agli anziani è messo anche sulla disponibilità di un sufficiente reddito di mantenimento; in questo quadro è centrale la preoccupazione di garantire un trattamento pensionistico sufficiente, in un sistema in cui l'assistenza sanitaria è assicurata tramite un sistema di fondi di tipo mutualistico, e l'assistenza sociale, fornita in considerevole misura anche dal mercato, è supportata dagli enti locali solo per coloro che non sono in grado di farvi fronte autonomamente.

Tra le risorse in grado di assicurare una confortevole assistenza agli anziani, non va dimenticata la famiglia: in Svezia è previsto un intervento finanziario di supporto dei parenti che assistono una persona anziana e vi è l'intenzione di rafforzare tale indirizzo; in Francia è stato annunciato un disegno di legge che prevederà la possibilità dell'anziano di essere accolto in famiglie che riceveranno per questo un'indennità; la misura - è stato detto - dovrà essere sostitutiva del ricovero nelle istituzioni e non della solidarietà familiare; in Germania è previsto un "servizio di aiuto familiare" che offre assistenza nel disbrigo delle faccende domestiche nei casi in cui i parenti che assistono una persona anziana non possano farvi fronte.

Per quanto concerne infine le strutture abitative opportunamente ideate per gli anziani è possibile notare una certa tipizzazione in tutti i paesi delle categorie delle case di riposo, case protette, case con assistenza infermieristica a seconda del maggiore o minore grado di autosufficienza su cui la persona accolta nella struttura può fare affidamento.

P A R T E P R I M A

L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI

IN

FRANCIA, REGNO UNITO, R.F.G., SVEZIA

F R A N C I A

PREMESSA (*)

In Francia una data importante nella politica a favore degli anziani è quella del 1962, anno del c.d. "Rapporto Laroque" che si prefiggeva il superamento delle disuguaglianze che colpivano la terza età nei processi di distribuzione delle risorse finanziarie e culturali. In questo venticinquennio è stato soprattutto con il VI e il VII piano quinquennale che si è maturato un approccio integrato tra il sociale ed il sanitario destinato a coprire una gamma ampia di bisogni fisici e psichici delle persone anziane. L'VIII° piano 1983-1988, in un'ottica non soltanto di razionalizzazione e contenimento delle risorse finanziarie, ma anche di sviluppo degli interventi assistenziali nel territorio, si è proposto un aumento dell'aiuto domiciliare con il fine di ridurre l'ospedalizzazione. A tal proposito nel Consiglio dei Ministri del 14 ottobre 1988 M. Théo Braun, ministro delegato per i problemi degli anziani, ha manifestato l'intenzione di favorire gli istituti dell'"aide ménagère" (assistenza domestica) e della cura a domicilio (soins a domicile), anche attraverso la valutazione dell'attuale funzionamento di tali iniziative che non realizzano in tutti i dipartimenti risultati sempre soddisfacenti (cfr. Le Monde 14 ottobre 1988,29). Nello stesso Consiglio dei Ministri è stato annunciato un piano di finanziamento per la completa ristrutturazione di 50.000 letti ancora presenti negli ospizi. Per quanto concerne gli ospizi, una legge del 30 giugno 1975 (art.23) ne prevedeva entro il 1985 la totale riconversione in case di riposo, in centri di luogodegenza di piccole dimensioni, ma la realizzazione del progetto

(*) La premessa si basa sulle seguenti pubblicazioni, nella parte relativa alla Francia:

Care delivery systems for the Elderly by D. Hunter, Age Care Research Europe, University of Bath, 1986;

I nuovi vecchi, a cura di C. Hanau, CIRIEC, Maggioli, 1987.

è stata lenta a causa proprio della mancanza di fondi (Care delivery, cit.). Nella stessa sede è stata infine annunciata la presentazione in Parlamento nella primavera del 1989 di un disegno di legge sulla sistemazione dell'anziano presso le famiglie.

Anche in Francia l'assistenza agli anziani può essere convenzionalmente divisa come assistenza sul territorio e assistenza istituzionale.

I servizi di tipo territoriale, ed in particolare domiciliare, sono finanziati principalmente dallo Stato (con i fondi destinati all'assistenza sociale e sanitaria) e dalle casse di mutua solidarietà; gli anziani contribuiscono in ragione del proprio reddito.

Mentre i servizi di assistenza a domicilio sono ampiamente diffusi ed in opera da almeno 15 anni, i servizi di assistenza infermieristica sono stati recentemente incoraggiati da una circolare ministeriale del 1981, che si proponeva come fine di aiutare gli anziani non autosufficienti nell'igiene di base e nelle attività quotidiane; questi servizi sono a totale carico delle collettività.*

Una federazione nazionale di associazioni (P.A.C.T.: centro per la "Protection, Amelioration, Conservation et transformation de l'Habitat") è un importante canale di offerta di programmi di adattamento residenziale, ivi comprese specifiche attività per i non autosufficienti. Del 1982 lo Stato ha fornito un certo contributo ai programmi di adattamento (circolare del Ministro della solidarietà nazionale del 7 aprile 1982), mentre il resto è finanziato localmente o dalle casse mutue.

Vi sono anche altri servizi sociali, dei quali in particolare l'UNIOPSS** ha sottolineato l'importanza anche

* Una descrizione sufficientemente analitica del funzionamento dei servizi di assistenza infermieristica a domicilio è contenuta nel quaderno di documentazione del Servizio Studi del Senato n.12, cit., pagg.48 e 91.

** UNIOPSS (Comitato nazionale delle istituzioni e dei servizi per gli anziani), *Le soutien des personnes âgées en perte d'autonomie*, nov.1982, p 115.

ai fini dell'integrazione con servizi più tradizionali di tipo residenziale: questi servizi comprendono i pasti a domicilio, la lavanderia, il trasporto a domanda, tele allarme ecc. E' stato osservato (i nuovi vecchi, cit.) che parte di questi servizi sono tuttora sperimentazioni dell'iniziativa privata, mentre altri sono interamente a carico dell'utente.

Per quanto concerne invece l'assistenza all'interno delle istituzioni in senso ampio (e quindi compresa l'ospedalizzazione), si fornisce un panorama d'insieme, tratto dal Rapporto per la preparazione del 9° Piano (1983-1988) (e riportato ne I nuovi vecchi, cit.) dove i tipi di istituzione che accolgono persone anziane sono espressi in termini percentuali:

Distribuzione percentuale (per posti letto) dei tipi di istituto destinati all'alloggio e/o all'assistenza di persone anziane anno 1980

Tipo di istituzione	Struttura in %
Case di riposo autonome (con o senza sezioni di assistenza sanitaria)	25
Ospizi* e case di riposo ospedaliero	14
Centri di lungodegenza e di cure sanitarie	4
Ospedali di breve e media durata di degenza (non psichiatrici)	42
Ospedali psichiatrici e psichiatria in ospedali generali	15
	100
+ logements-foyers (case albergo): 1.640 unità residenziali con 93.850 posti che accolgono 96.150 persone	

*Scomparsi nel 1985 e trasformati in case di riposo ospedaliero.

Tale quadro fornisce alcune indicazioni circa il fatto che più della metà delle strutture sono destinate all'ospedalizzazione degli anziani che vengono così ricoverati - secondo alcuni studiosi - per ragioni sociali e non sanitarie per almeno il 20% dei casi. In particolare (Care delivery, cit) è stato notato che negli ospedali psichiatrici vi sono più di ventimila anziani la cui ospedalizzazione è ritenuta non necessaria, il che in parte può essere dovuto al carico totale che lo Stato assume (100% delle spese) per questo tipo di ricovero.

Nell'ottica delle alternative all'ospedalizzazione vanno citate le "section de cure medicale" attivate con una legge del 1975 all'interno delle case di riposo (maison de retraite), alloggi singoli o collettivi ma con servizi di pasto, trasporto, attività culturali tutti di carattere collettivo. La "sezione" è spesso in realtà un'opportunità finanziaria per assicurarsi un'assistenza di tipo paramedico o infermieristico.

La struttura organizzativa dell'intervento pubblico a favore degli anziani è basata a livello centrale sul Ministero della sicurezza sociale e, recentemente, dal Ministro delegato per le persone anziane operante in quello stesso ambito, mentre al livello locale, divenuto di importanza determinante dopo il decentramento di questi ultimi anni (1983), la competenza principale resta attribuita al consiglio generale del dipartimento ed al relativo Presidente che è responsabile della spesa sociale e determina le tariffe per i servizi e per gli alloggi pubblici per gli anziani.

Vengono qui di seguito riportati due documenti, il primo tratto da un Rapporto del Governo francese alla Conferenza di Varsavia dei Ministri europei per gli affari sociali (1987) dove vengono delineate le idee-guida che

sostengono l'azione governativa nella materia in esame, il secondo tratto da un articolo di P. CHENILLET (1988) che riferisce circa l'esperienza della Commissione di studio francese sui problemi degli anziani istituita nel marzo 1987 ed il cui Presidente, T. Braun, è poi divenuto Ministro delegato proponente le misure di cui si è detto all'inizio dell'introduzione.

Vengono infine presentate alcune aggiornate schede tecniche (1988) sui principali strumenti di assistenza agli anziani in Francia.

LE PERSONE ANZIANE (*)

La crescita costante dei pensionati e delle persone anziane nella nostra società provoca l'apparizione e lo sviluppo di bisogni certamente nuovi.

Le cifre parlano da sole. Alla fine di questo secolo, gli ultra sessantenni rappresenteranno più del 20% della popolazione totale. Questo fenomeno non è solo della società francese, dato che si può osservare un'evoluzione simile nell'a maggior parte dei paesi industriali, anche in quelli che fino ad ora non l'avevano ancora conosciuto, come il Giappone.

Si aggiunga il fatto che la condizione ed il ruolo delle persone anziane sono pure in pieno cambiamento e vanno a rafforzare le disponibilità di uomini e di donne di esperienza che hanno qualcosa da dire nella vita sociale.

Grazie a questa disponibilità per delle azioni socialmente utili, si organizzano forme nuove di solidarietà verso i più giovani oppure ancora verso i paesi in via di sviluppo. In effetti, le persone anziane sono sempre più sollecitate: si fa appello alla loro memoria, alla loro capacità, alla loro esperienza, alla loro conoscenza per ritrovare il patrimonio nazionale, ritrovare le attività e i prodotti tradizionali, concorrere alla formazione dei giovani. Da parte loro i pensionati moltiplicano i loro utili interventi, in particolare mettendo la loro competenza tecnica al servizio dei paesi del Terzo Mondo.

Così si rende disponibile una dimensione culturale nuova per la nostra società, all'interno delle numerose richieste di partecipazione e di rappresentazione. (...)

(*) Estratto da: Rapporto del Governo francese alla conferenza dei ministri europei responsabili della protezione sociale Varsavia 6/11 aprile 1987

Il numero delle persone anziane con più di 75 anni aumenterà di oltre 500 mila unità tra il 1985 e il 2000, passando da 3 milioni e mezzo a circa 4 milioni, con un tasso di crescita del 15%.

Inoltre la sola popolazione degli ultra ottantacinquenni, che negli ultimi nove anni è aumentata ad un ritmo annuale di oltre il 3,6%, passando da 527 mila a 753 mila tra il 1978 ed il 1987, conoscerà da qui all'anno 2000 una crescita di oltre il 40%.

L'evoluzione della pianificazione rende chiare le esigenze legate ai processi di invecchiamento.

Nel 1960, a seguito di un importante studio, sono state poste le basi di una nuova politica tesa a favorire il mantenimento a domicilio delle persone anziane. Il Quinto Piano, e successivamente il Sesto, hanno così permesso di incominciare a sviluppare le azioni fondamentali dell'assistenza a domicilio e in particolare dell'assistenza domestica e del miglioramento dell'habitat.

In tempi successivi, il Settimo Piano ha rinforzato questa politica attraverso sia un'allargamento della nozione di mantenimento all'interno della vita sociale sia lo sviluppo di azioni contrattuali condotte a livello del territorio. E' così che 1.000 convenzioni sono state firmate a livello locale, tra le parti sociali attive in uno stesso ambito territoriale. Questi impegni contrattuali hanno riguardato il miglioramento dell'habitat e la partecipazione alla vita sociale, oltre che una serie di attività come il recapito di pasti a domicilio, i servizi di bricolage o di piccolo artigianato, le associazioni, le attività fisico culturali ecc. Questo orientamento ha coinvolto una dinamica locale tanto più importante in quanto ormai, con le recenti riforme istitutive del decentramento, queste attività fanno parte della competenza operativa e finanziaria degli enti locali.

Con queste differenti attività, lo Stato ha apportato un aiuto ai servizi ed alle strutture che hanno per destinatari soprattutto gli anziani che godono di una certa autonomia.

Per rispondere ai bisogni dell'evoluzione demografica, il Governo intende condurre un'azione che permetta di far fronte alle difficoltà degli anziani a prescindere dalle loro autosufficienza, pur tendendo conto delle loro esigenze di salute. Questa politica fa perno su due idee base.

La prima tende a permettere alle persone anziane di restare il più a lungo possibile nel proprio ambiente di vita abituale e di esercitare a pieno il ruolo familiare e sociale che loro compete. A questi fini, oltre al rafforzamento della qualità degli alloggi, il Governo continua a sostenere i due pilastri del mantenimento a domicilio, vale a dire l'assistenza domestica e i servizi infermieristici a domicilio.

L'assistenza domestica si è sviluppata in modo considerevole all'interno delle attività destinate alle persone anziane. Da quando 32.000 persone ne beneficiarono nel 1970, essa ha toccato nel 1985 più di 500.000 beneficiari con una massa globale di finanziamenti di più di 4 miliardi di franchi. Circa la metà degli interventi sono a carico dell'assistenza sociale finanziata dai dipartimenti; la restante parte è stata finanziata dalle case pensionistiche. E' necessario ancora notare che questo importante sforzo ha consentito di realizzare un impegno di più di 60 milioni di ore.

L'assistenza domestica contribuisce al sostegno delle persone anziane che desiderano restare a casa loro, nonostante le difficoltà quotidiane. Le attività dell'assistenza domestica non si limitano alle incombenze domestiche della casa, della biancheria, dei pasti, ma hanno come obiettivo di realizzare presso il domicilio degli anziani un "lavoro materiale, morale e sociale".

L'utilizzo di una griglia di valutazioni permetterà di orientare questo intervento verso bisogni prioritari.

I servizi di cura infermieristica hanno per obiettivo quello di recarsi al domicilio dei malati con più di 60 anni, per prestare le cure dell'assistenza che non potrebbero, altrimenti, essere loro fornite se non in lunghe permanenze in reparti ospedalieri. La loro vocazione non è peraltro quella di sostituirsi alla assistenza di infermieri professionali, nè di costituire dei piccoli servizi di ospedalizzazione a domicilio, ma di assicurare delle cure di lunga durata e specifiche ai fenomeni di dipendenza e di polipatologia degli anziani. Essi completano l'azione delle infermiere professionali o dei centri infermieristici di pronto intervento, attraverso un intervento globale, il cui carattere di continuità e di coordinamento costituisce l'innovazione essenziale. I mezzi così messi in opera devono permettere sia di evitare o ritardare l'internamento, sia di facilitare un pronto ritorno al proprio domicilio dopo l'ospedalizzazione. Attualmente, 750 servizi di questo genere permettono la presa in carico annuale di 100.000 anziani.

La seconda idea-forza è di disporre, quando l'internamento diviene inevitabile, di strutture di accoglimento e di cure diversificate e graduali, adatte ai fenomeni di perdita progressiva di autonomia.

Esistono oggi circa 500.000 posti disponibili nelle strutture di base che sono destinate a queste situazioni. L'età media di entrata si pone ormai al di là degli 80 anni, il che riflette non soltanto il miglioramento generale dello stato di salute dei francesi, ma anche il risultato degli sforzi effettuati per favorire il mantenimento delle persone al proprio domicilio.

Le persone anziane desiderano dei luoghi di vita e di cura che possano sostituirsi alla loro dimora, senza subire una rottura con il loro ambiente familiare e sociale e in modo sufficientemente evolutivo e flessibile per evitare loro il trauma di tutti i cambiamenti successivi connessi con l'evoluzione del loro stato.

Per realizzare questi obiettivi sono stati sperimentati differenti strutture di ricovero. In alcuni casi si è trattato di ricoveri diurni, di alloggi temporanei, di alloggi permanenti all'interno di piccole strutture, o ancora di piccole unità specifiche destinate ad accogliere le persone in stato di demenza senile.

La creazione resa possibile dalla legge del 1975 delle "sezioni di cura medica" all'interno delle strutture permettono nella gran parte dei casi di fornire l'assistenza necessaria. Si tratta, nel caso di queste "sezioni" (nel senso della contabilità analitica e non nel senso architettonico del termine) di donare alle strutture i mezzi finanziari per avere il personale (essenzialmente di tipo infermieristico e socio-assistenziale) necessario alla presa in carico delle persone dipendenti.

Il numero di letti delle sezioni di cura medica pari a 9.040 nell'ottobre 1980, è attualmente di 53.000, per un totale di 1.700 sezioni di cura medica.

Questo adattamento delle strutture di ricovero, che permettono che le persone anziane non siano sistematicamente dirette verso l'ospedalizzazione in caso di perdita di autonomia, è un buon esempio della continuità e della solidarietà profonda che deve esistere tra azioni sociali e azioni sanitarie.

**REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEGLI ORIENTAMENTI DELLA
POLITICA D'AZIONE SANITARIA E SOCIALE IN FAVORE DEGLI
ANZIANI. (*)**

La politica d'azione sanitaria e sociale condotta a beneficio delle persone anziane è da diversi anni in costante evoluzione; questo fatto comporta di volta in volta una sorta di ridefinizione necessaria dei relativi obiettivi. Molteplici iniziative a livello locale, regionale o nazionale, e di studi di ogni natura, si sforzano di rispondere, attraverso la fantasia e l'efficienza, a bisogni considerevoli con dei mezzi evidentemente limitati. Ecco perchè è interessante fare brevemente il punto in una materia dove la posta in gioco è considerevole, e dove gli orientamenti subiscono all'improvviso l'effetto delle mutazioni politiche, e quello dell'eventuale divergenza o perfino delle rivalità di coloro che intervengono su questo terreno.

Questo rapido esame aggiornato dell'azione sanitaria e sociale a favore degli anziani, vuole procedere preliminarmente ad un breve richiamo del contesto sociale e demografico e della sua evoluzione probabile, per prendere in seguito in considerazione le proposte fatte recentemente dalla commissione nazionale di studio sugli anziani non autosufficienti, ed infine di constatare la difficile armonizzazione delle analisi e delle azioni, a causa della loro abbondanza e della loro diversità.

(*) Traduzione da: Actualisation des enjeux et des orientations de la politique d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées di Philippe CHENILLET, in REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL 1988, pag.390

RIASSUNTO DEL CONTESTO SOCIALE E DEMOGRAFICO E DELLA SUA PROBABILE EVOLUZIONE.

L'invecchiamento della popolazione francese è un dato che è al giorno d'oggi sufficientemente noto perchè sia necessario sottolinearlo ulteriormente, ma non è peraltro inutile ricordare certi aspetti che influiscono direttamente sull'azione sociale che deve essere portata avanti soprattutto il momento in cui la si considera in prospettiva.

Nel censimento del 1982, in una Francia di 54 milioni di abitanti, vi erano 10 milioni di ultra-sessantenni, di cui 3 milioni e mezzo di ultra settantacinquenni e 740 mila anziani con più di 85 anni. Secondo le proiezioni demografiche attuali, queste cifre saranno nell'anno 2000 dell'ordine di 12 milioni di persone ultra-sessantenni (vale a dire il 20% della popolazione totale del paese), di cui 4 milioni con più di 75 anni e 1 milione con più di 85 anni. Inoltre, secondo gli studi geriatrici, solo il 20% degli anziani con più di 85 anni saranno autonomi; gli altri avranno bisogno di un sostegno permanente sotto una qualche forma. Questa è la dimensione del problema.

Le soluzioni attualmente messe in opera vanno a disegnare il panorama seguente: 500 mila persone beneficiano di un aiuto a domicilio, 600 mila persone sono sistemate all'interno di più di 5 mila appartamenti, pensionati e strutture di lunga degenza, con una età media di 85 anni contro i 70 anni nel 1962 secondo il rapporto Laroque. Dentro queste strutture, dopo il decreto dell'8 maggio 1981, sono state introdotte delle sezioni di assistenza sanitaria in modo da assicurare un minimo di cure ai residenti per evitare loro una ospedalizzazione non necessaria. Tra l'altro le condizioni di sistemazione sono state migliorate attraverso il riadattamento e la trasformazione di numerosi ospizi, ma secondo il recente

rapporto della commissione nazionale di studio sulle persone anziane non autosufficienti, resterebbero circa 70 mila persone che abitano in strutture non ancora risistemate. Inoltre, un progresso è anche stato realizzato sul piano del rispetto della dignità umana delle persone anziane alloggiate, grazie al decreto 85/1114 del 17 ottobre 1985 che ha abrogato diverse discutibili norme dei regolamenti interni.

Così, sforzi molto importanti sono stati e sono fatti per soddisfare al meglio bisogni sempre crescenti, ma questo accrescimento costante impone una nuova riflessione, al fine di preparare il raggiungimento di un nuovo traguardo per la messa in opera di nuove soluzioni; questo spiega, in particolare, la missione che è stata affidata ad una commissione nazionale di studio.

II LE PROPOSTE DELLA COMMISSIONE NAZIONALE DI STUDIO SULLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI.

Creata da un decreto del ministro degli affari sociali dell'11 marzo 1987, la commissione nazionale di studio sulle persone anziane non autosufficienti (CNEPAD) ha reso pubblico il suo rapporto nell'ottobre 1987. Composta da circa 80 persone, in rappresentanza di diversi settori dell'intervento pubblico e privato, che concorrono all'azione sanitaria e sociale in favore delle persone anziane, la CNEPAD ha delineato la situazione demografica del problema in questione, del quale ha esaminato le soluzioni finora applicate, e al quale ella ha proposto d'applicare alcune nuove misure.

Senza attardarsi sul quadro demografico che fa largo riferimento a quello precedentemente esposto, è piuttosto interessante notare le critiche che contiene l'analisi della CNEPAD. La commissione rileva, in effetti, sia la

manca di coesione dei servizi di mantenimento a domicilio, sia la complessità e la non equità del modo di finanziamento dell'assistenza domestica, sia l'insufficienza delle strutture di alloggio, sia infine la mancanza di coordinamento che si riscontra il più delle volte tra i diversi interventi. Inoltre, la commissione ha sottolineato egualmente alcune soluzioni errate o qualche insuccesso come la creazione di grandi stabilimenti da 500 letti, l'abuso dell'ospedalizzazione psichiatrica di persone anziane per problemi di poco conto, e lo scarso successo dei centri diurni.

Di fronte a queste constatazioni e a queste carenze, il rapporto della CNEPAD suggerisce l'adozione di 30 misure che fanno principalmente riferimento a questi 6 aspetti:

- sviluppo di una prevenzione efficace e tempestiva dell'invecchiamento, soprattutto attraverso la preparazione al pensionamento all'interno delle imprese, e una sensibilizzazione ad un certo tipo di igiene di vita fin dalla scuola.
- abbattimento della separazione tra il livello sanitario ed il livello sociale, dotando l'insieme delle strutture di alloggio di punti medici, creando dipartimenti geriatrici pluridisciplinari, elaborando una griglia di analisi della situazione gerontologica dei dipartimenti, e lanciando azioni di coordinamento della gerontologia a livello dipartimentale (mentre i piani gerontologici dipartimentali non sono applicati che nel 56% dei dipartimenti).
- affermazione dell'importanza prioritaria del mantenimento a domicilio.
- miglioramento della qualificazione del personale addetto attraverso la creazione di un diploma di gerontologia di alto livello e attraverso l'istituzione di una formazione specializzata di personale paramedico e sociale.
- creazione di una "assicurazione sociale per l'autonomia"

che fornisca delle prestazioni anche in natura alle persone anziane non autosufficienti. Questa assicurazione potrebbe essere obbligatoria o facoltativa, a gestione pubblica o a gestione privata, secondo il risultato del dibattito delle parti sociali interessate.

- creazione di una delegazione nazionale addetta al pensionamento e agli anziani per 6 anni, con l'incarico di coordinare l'azione dei ministeri in materia.

Queste proposte hanno suscitato fin dalla fase della loro elaborazione un certo numero di reazioni, in una fase in cui vi erano attività assai divergenti da quelle che si stavano proponendo, a testimonianza della difficoltà di un coordinamento in questo settore:

III LA DIFFICILE ARMONIZZAZIONE DELLE ANALISI E DELLE ATTIVITA'.

Il rapporto della CNEPAD, capitando in un momento nel quale alcuni nuovi orientamenti erano già stati avviati, più o meno spontaneamente, all'interno di certi settori, è stato l'oggetto di reazioni iniziali molto diverse da parte dei differenti corresponsabili dell'azione sanitaria e sociale in favore delle persone anziane.

Insistendo sulla priorità che si deve accordare al mantenimento a domicilio, predicata già da molto tempo da parte di molti precursori, la commissione presieduta da M. Braun ha trovato un eco assai favorevole. Per non citare che qualche responsabile dell'azione sociale si può essere sicuri che l'UNIOPSS* approverà un orientamento che ella stesso ha predicato. Ugualmente, la cassa nazionale per l'assicurazione della vecchiaia dei lavoratori salariati (CNAVTS) sostiene talmente questa scelta essenziale, che ha ella stessa deciso di favorire recentemente una simile azione. In effetti, con la circolare n°109-87 del 1° dicembre 1987 (non pubblicata) la CNAVTS ha previsto di accordare

* (Comitato nazionale delle istituzioni e dei servizi per gli anziani)

delle sovvenzioni, della durata di 2 anni, alle attività innovative in materia di mantenimento a domicilio. Disponendo a tal fine di un piano di sviluppo annuale, la cassa nazionale e le casse regionali esamineranno caso per caso le fattispecie che saranno loro sottoposte. Non sono imposte nè particolari tipologie di struttura, nè alcun altro limite, si esigerà solo il preventivo rispetto delle regole di procedura amministrativa previste dalle norme. Tuttavia, gli organismi che richiederanno queste sovvenzioni dovranno avere uno scopo non lucrativo, e agire al di fuori della assistenza individuale che dispone già di un circuito di finanziamento specifico (aiuto domestico, assistenza per il tempo libero, assistenza per il miglioramento della situazione residenziale).

Al contrario, per quanto riguarda i suggerimenti relativi al coordinamento e quelli relativi all'integrazione in materia sanitaria e sociale, le reazioni che si sono registrate pongono ben altre riserve. In effetti, questo coordinamento suppone, così come lo propone la CNEPAD, la realizzazione di azioni comuni tra i diversi corresponsabili interessati, a livello dipartimentale. Ora, a questo riguardo, uno dei grandi finanziatori, la CNAVTS non ha fatto mistero della sua totale opposizione ad ogni coordinamento effettivo.

Con la propria circolare numero 87/87 del 18 agosto 1987, "relativa all'esperienza della messa in comune dei fondi destinati agli anziani nel quadro del mantenimento a domicilio in alcuni dipartimenti sperimentali" (non pubblicata), questa cassa nazionale di pensioni esplica chiaramente il problema posto dalle proposte della commissione presieduta da M. Braun: "Il rapporto definitivo sarà presentato alla fine del 1987, ma fin da ora, una conclusione dei documenti preparatori mette in evidenza la possibilità di realizzare alcune esperienze di messa

in comune dei fondi del complesso dei finanziatori, in particolare dell'assistenza domestica, all'interno di dipartimenti sperimentali". Interpellato da una cassa regionale, che un prefetto aveva sollecitato a partecipare ad una di queste esperienze dipartimentali, il consiglio di amministrazione della cassa nazionale ha riaffermato, nettamente e fermamente, la sua posizione a questo riguardo in termini categorici: "La CNAVTS gestisce i fondi comuni d'azione sanitaria e sociale in favore delle persone anziane alimentata da una quota dei contributi per l'assicurazione della vecchiaia. Il consiglio di amministrazione ha la gestione e decide sulla loro utilizzazione, e non spetta dunque al prefetto di intervenire in questa gestione.

Di conseguenza, senza negare l'interesse dell'esperienza auspicata nel quadro della CNEPAD, la CNAVTS non ritiene di partecipare, allo stato attuale della regolamentazione, a tale iniziativa "Non si sarebbe potuti essere più netti, e su questa base la cassa nazionale esorta le casse regionali a "vegliare sulla stretta applicazione di questa posizione".

Un'altra proposta del rapporto della commissione presieduta da M. Braun si scontra ugualmente, in maniera in realtà più nascosta ma non per questo meno netta, con l'opposizione della CNAVTS, che era per altro rappresentata all'interno della commissione. Il rapporto suggerisce, in effetti, sempre nel quadro della integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria, di installare dei punti medici nel complesso delle strutture residenziali. Ora, attraverso la propria circolare del 29 luglio 1987 (non pubblicata), la CNAVTS, nel ricordare la storia della medicalizzazione delle diverse strutture, rinnova la sua totale opposizione alla medicalizzazione delle residenzealloggio. Tuttavia, con una circolare numero 15/88 del 22 gennaio 1988 (non pubblicata), la CNAVTS stessa ha deciso di finanziare la creazione di "residences a

garantie d'usage et des services Edilys" che "costituisce un'evoluzione degli alloggi-residenze di concezione tradizionale"; queste residenze saranno medicalizzate, ma la cassa nazionale giustifica il suo finanziamento con il carattere sperimentale del progetto.

Due altri suggerimenti del rapporto della CNEPAD hanno suscitato una reazione ugualmente negativa da parte della federazione degli stabilimenti ospedalieri d'assistenza privata (FEHAP). In un comunicato stampa del 17 novembre 1987, questa importante federazione considera in primo luogo che la creazione di una delegazione per le persone anziane presso la presidenza del consiglio si rivelerebbe assolutamente insufficiente; solo la nomina di "un ministro a tempo pieno, che abbia il potere di disporre e di decidere", sarebbe tale da permettere, secondo la FEHAP, di far fronte all'ampiezza dei problemi sul tappeto. Inoltre, questa federazione, ugualmente rappresentata all'interno della CNEPAD, rigetta l'idea di una "assicurazione autonomia" che coprirebbe, a titolo individuale, i rischi della perdita di autonomia dovuta al raggiungimento di età molto avanzata, in quanto ciò sembra riscontrare un certo scetticismo.

Queste reazioni illustrano bene le divergenze d'analisi, la diversità delle azioni che si intendono condurre e, in definitiva, l'eterogeneità degli obiettivi e degli orientamenti in materia.

*

* *

L'azione sanitaria e sociale in favore delle persone anziane ha permesso fino ad ora di far fronte ad importanti problemi umani e sociali che toccano una popolazione sempre più numerosa. Le condizioni e la realizzazione di questa azione non hanno cessato di migliorare, di diversificarsi, di adattarsi ai bisogni. Nella coscienza del fatto che l'invecchiamento e la perdita di autonomia possono

riguardare ogni francese, i differenti interessati hanno fornito grandi contributi nello sforzo costante e crescente di rispetto della dignità umana. Ciò nonostante, l'accrescimento demografico del problema, legato alle difficoltà della presente situazione economica e finanziaria, rende necessario un reale aggiornamento di questa materia.

Questa necessità di aggiornamento sembra aver orientato i lavori e le conclusioni della CNEPAD. Ciò nonostante le prime reazioni che abbiamo appena ricordato provano che l'aggiornamento, che è stato intrapreso in maniera significativa con questa commissione, nel momento del delineare le possibili soluzioni, non ha forse sufficientemente tenuto conto della diversità degli interessi e della discordanza delle logiche di azione dei differenti interessati.

In effetti, c'è stato un accordo generale sulla necessità di offrire agli anziani il miglior servizio al costo più adeguato, nel favorire il più possibile e il meglio possibile il mantenimento a domicilio, e nel fornire accesso, quando è veramente necessario, a delle strutture residenziali adattate; per contro, ciascuno ha seguito la propria logica al momento della messa in pratica. Le istituzioni di pensionamento tendono a conservare il dominio dei loro fondi provenienti dalle contribuzioni, le collettività locali forti delle loro nuove competenze si sforzano di esercitarle nell'ambito dei loro limiti di bilancio, le associazioni e gli altri soggetti cercano di ottenere sostegno finanziario da parte degli uni e degli altri, e lo Stato tenta di realizzare un coordinamento tanto difficile quanto indispensabile salvaguardando la buona utilizzazione dei propri finanziamenti. Per tutte queste ragioni, si può dubitare che una semplice delegazione per i problemi degli anziani disponga dell'autorità amministrativa necessaria al soddisfacimento delle esigenze

di coordinamento. Sulla stessa via, ci si può interrogare sull'efficacia di una "assicurazione autonomia" nell'apportare una modalità di finanziamento appropriato alle persone che ne hanno bisogno; obbligatoria, questa assicurazione inciderebbe ulteriormente sui carichi sociali, facoltativa, essa creerebbe una differenza in più a seconda delle capacità contributive degli interessati.

Così, le proposte della CNEPAD rappresentano una prima tappa che deve, nell'ambito di inevitabili lacune, essere seguita da altre. E' necessario che queste ricevano, là ove apportino delle novità interessanti, una rapida realizzazione.

SCHEDA

**sui mezzi e i programmi
di assistenza agli anziani***

* Traduzione da materiale proveniente dal Ministero delegato presso il Ministero della Solidarietà, Sanità e protezione sociale, incaricato della politica per le persone anziane.

IL MANTENIMENTO A DOMICILIO

I mezzi messi in opera dallo Stato, dai sistemi di Previdenza Sociale, in particolar modo dal sistema generale, e dalle collettività locali per sviluppare il mantenimento a domicilio hanno conosciuto una crescita molto importante. Il numero di posti di servizi di cura infermieristica a domicilio era all'inizio del 1980 di 1.242; oggi questo numero supera i 30.000. I beneficiari dell'aiuto domestico erano nel 1981 di 391.000; sono oggi più di 500.000. I finanziamenti stanziati per il fondo di miglioramento dell'abitazione (PAH = Prime Amélioration Habitat) per le persone anziane proprietarie sono passati da 140 MF nell'86 a 448 MF nell'88.

Malgrado questo importante sforzo, rimangono delle disparità regionali concernenti il tasso di copertura dei servizi di mantenimento a domicilio.

D'altronde, non esiste attualmente una valutazione sufficientemente precisa a livello nazionale che consenta di misurare i bisogni nel settore del mantenimento a domicilio ed in particolare dell'aiuto domestico.

Le prospettive demografiche vanno nella direzione di un forte aumento di persone anziane dipendenti nei prossimi vent'anni. In effetti il numero delle persone anziane aventi più di 75 anni aumenterà più del 15% da oggi all'anno 2000.

Per far fronte dinnanzi ai bisogni di una popolazione in via d'invecchiamento e soprattutto di quella ultrasettantacinquenne, conviene valutare meglio quantitativamente sul piano nazionale i bisogni legati alla dipendenza nell'ambito del mantenimento a domicilio. Risulta indispensabile in questo delicato settore conoscere i bisogni per programmare le risorse.

D'altronde bisogna proseguire attivamente l'azione intrapresa precedentemente avendo la preoccupazione permanente

di razionalizzare e di diversificare i meccanismi già esistenti.

Per questo conviene già adesso:

ACCELERARE, NELL'AMBITO DELLA PROCEDURA DI RIDISTRIBUZIONE DELLE RISORSE, LA CREAZIONE O L'ESTENSIONE DEI SERVIZI DI CURA A DOMICILIO.

I servizi di cura hanno acquisito, tra gli interventi a domicilio presso persone anziane dipendenti, un posto originale conforme alla loro vocazione che non è di sostituirsi agli infermieri professionali, nè di costituire dei piccoli servizi di ospedalizzazione a domicilio, ma di portare alle persone anziane malate i servizi di assistenza e di cura infermieristica che potrebbero essere forniti solo in caso di servizio di lunga degenza o in sezione di cura medica.

I servizi di cura figurano tra i settori prioritari dell'azione sociale a favore delle persone anziane, per l'impiego di posti liberati dai processi di redistribuzione.

Tuttavia, il livello di soddisfazione del bisogno di servizi di cura a domicilio per persone anziane rimane insufficiente. Conviene proseguire il loro sviluppo tramite l'accelerazione della procedura di redistribuzione nei dipartimenti che ne sono ancora poco attrezzati ed in particolar modo nella quasi totalità della trentina di dipartimenti (province) che costituiscono le regioni di Corsica, Alsazia, Languedoc-Roussillon, Franche-Comté, Auvergne, Centre e Ile de France.

INCORAGGIARE LA MESSA IN OPERA DI SERVIZI COMPLETANDO I MEZZI TRADIZIONALI DEL MANTENIMENTO A DOMICILIO

La sorveglianza a domicilio si sviluppa da parecchi anni al margine dei servizi d'aiuto a domicilio, che possono

beneficiare della presa a carico obbligatoria o facoltativa da parte delle collettività pubbliche o dei regimi di assicurazione malattia o vecchiaia (aiuto domestico, ausiliario di vita, cure a domicilio).

Questa sorveglianza, che non comporta nessun rilascio di cure (riservata soltanto al personale medico e para-medico), è per sua natura quasi simile all'aiuto domestico che completa o sostituisce, per rispondere alla domanda di prestazioni a domicilio prolungate presso persone anziane più dipendenti.

Queste prestazioni di sorveglianza per la notte o per il week-end, di una durata d'intervento più lunga rispetto all'aiuto domestico, costituiscono la specificità della sorveglianza a domicilio.

Il costo della sorveglianza a domicilio per chi ne fa uso è stato ridotto grazie all'istituzione dell'esonero dei contributi a carico dei datori di lavoro prevista per l'utilizzo di un aiuto a domicilio.

Questo esonero, concesso a tutte le persone di 70 anni e più, nonché a persone aventi bisogno di una persona retribuita a causa della loro condizione di handicappati, ha favorito da un anno, nell'ambito delle associazioni per l'aiuto a domicilio che garantiscono servizi di aiuto domestico e di cura a domicilio, iniziative di creazione di nuove associazioni, le così dette "mandatarie", che sono specializzate nella sorveglianza a domicilio e che assumono un ruolo d'intermediazione tra i sorveglianti, i particolari datori di lavoro e le associazioni per la copertura dei contributi di previdenza sociale.

Il compito dei poteri pubblici è di evitare una proliferazione ed una molteplicità di interventi a domicilio, pregiudizievoli al benessere delle persone anziane, favorendone tuttavia l'innovazione.

FACILITARE L'INTEGRAZIONE DELLE PERSONE ANZIANE

E' evidente che il principale attore di mantenimento a domicilio rimane la cellula familiare e più ampiamente, nei rapporti di vicinanza, quella che può essere chiamata la rete di solidarietà.

In un modo più ampio, il mantenimento a domicilio si basa sul proseguimento degli sforzi in materia di habitat sociale e sul miglioramento dell'accessibilità degli alloggi di cui il Ministero dei Lavori Pubblici è principale responsabile.

Bisogna che in tutti i programmi destinati a favorire la solidarietà sociale nelle città (sviluppo sociale dei quartieri, azioni nell'ambito dei programmi di lotta contro la povertà, ...), la problematica delle persone anziane valide o in situazioni di leggera dipendenza sia presa in considerazione con la preoccupazione di favorire l'avvicinamento tra le famiglie ed i loro ascendenti.

L'ACCOGLIENZA IN FAMIGLIA

L'accoglienza di persone anziane o handicappate in famiglia, è un modo d'accoglienza umana e calorosa che conviene incoraggiare. Un progetto di legge che fissa il quadro di questa accoglienza sarà presentato prossimamente al Parlamento. Dovrà:

- incoraggiare l'accoglienza da parte delle famiglie;
- offrire garanzie tanto alle persone ospitate, che alla famiglia d'accoglienza.

E' con questo spirito che sarà valutata la messa in opera di tre dispositivi:

- Una procedura elastica di autorizzazione per le famiglie

L'autorizzazione con indicazioni sulla durata dell'accoglimento, sarà concessa dal Presidente del Consiglio Generale secondo modalità fissate con decreto. Il decreto d'applicazione dovrà stabilire chiaramente le procedure di sistemazione e di controllo delle famiglie d'accoglienza, al fine di limitare gli abusi eventuali, sempre possibili.

- Garanzie per le diverse parti, fissate con contratto

Un contratto tipo fisserà le condizioni generali e particolari, anche finanziarie, dell'accoglienza, così come gli obblighi di ciascuna delle parti.

La remunerazione della famiglia d'accoglienza sarà costituita da una indennità giornaliera eventualmente maggiorata per "soggezione eccezionale".

Questa remunerazione sarà versata alla famiglia d'accoglienza in aggiunta alle somme che essa percepirà per l'affitto ed il mantenimento (cibo, spese varie). Avrà lo stesso regime fiscale e previdenziale dei lavoratori dipendenti salvo i contributi di previdenza sociale a carico del datore di lavoro.

Gli importi delle indennità e gli aumenti dell'affitto, il margine dei prezzi relativi al mantenimento così come

le procedure di pagamento saranno fissate con decreto e saranno calcolati riferendosi al minimo garantito.

- L'esonero dei contributi a carico del datore di lavoro

Il Codice della Previdenza Sociale prevede l'esonero dai contributi dovuti a titolo di assicurazioni sociali, di infortuni sul lavoro e di assegni familiari per alcuni datori di lavoro d'aiuto a domicilio. Così nello stesso ambito, le persone che vivono sole o le coppie che vivono indipendentemente dagli altri membri della loro famiglia, avendo almeno 70 anni vengono esonerate dai contributi di previdenza sociale a carico dei datori di lavoro.

Il beneficio di quest'esonero sarà esteso alle persone anziane o handicappate accolte in famiglia.

LA TRASFORMAZIONE DEGLI OSPIZI

Gli ospizi sono delle strutture o dei servizi che dipendono da un ospedale o che sono autonomi. Erano destinati ad accogliere malati, persone anziane, invalidi, handicappati, ecc... senza che vi fossero prestazioni di tipo medico.

Il loro obiettivo iniziale era quello dell'assistenza.

E' opportuna perciò una trasformazione sotto un doppio aspetto:

- modifica dello statuto giuridico in modo da consentire di sostituirli con strutture o servizi i cui fini sono più adatti ai bisogni attuali;
- modernizzazione dei locali per la maggior parte vecchi, scomodi e non confortevoli.

La legge del 30 giugno 1975 modificata, ha previsto che gli ospizi vengano modificati entro il termine di 15 anni:

- sia in unità sanitarie di lungo-degenza ai sensi della legge ospedaliera;
- sia in unità sociali e medico-sociali ai sensi della legge sociale.

All'origine, l'insieme degli ospizi compresi quelli dell'assistenza pubblica di Parigi totalizzava un numero pari a 214.000 letti.

- La trasformazione giuridica degli ospizi non è stata messa in opera che dal mese di giugno del 1980 (mentre la trasformazione dei ricoveri è iniziata nel 1977 per i ricoveri di lungo-degenza e nel 1978 per la creazione delle sezioni di cura medica). Attualmente più di 143.000 posti letto di ospizi sono stati trasformati giuridicamente in:
 - 108.660 posti letto in case di ricovero (di cui 38.000 posti letto di sezione di cura medica) ossia il 77,6% dei posti letto trasformati.
 - 27.620 posti letto di lungo-degenza (19,7% dei posti letto

trasformati).

- 1.740 posti letto di media-degenza (1,24% dei posti letto trasformati).
- 1.990 posti letto diversi (1,4% dei posti letto trasformati); si tratta nella maggior parte dei casi di posti letto per handicappati.

Attualmente rimane uno stock di 70.800 posti letto da trasformare, ossia il 33% dei posti letto esistenti in origine.

La maggior parte di questi sono ubicati nelle sezioni di ospizi in ospedali.

- L'esigenza di rendere più umani gli ospizi ed in particolar modo della soppressione di sale comuni richiama l'intervento coordinato dello Stato e dei suoi interlocutori per quanto riguarda ancora un numero pari a 50.000 letti.
- Il costo totale previsto dei lavori ammonta a più di 10 miliardi.

Lo Stato propone alle collettività locali di realizzare l'insieme di questo programma in 7 anni, cioè da oggi al 1995. Per il periodo 1989-1993 il programma sarà realizzato nell'ambito dei contratti sul piano tra Stato-Regione. Le operazioni saranno finanziate con un tasso di sovvenzione del 60%, di cui il 30% a carico dello Stato ed il 30% a carico delle collettività locali.

A questo proposito i finanziamenti dello Stato saranno portati a 388 MF sino al 1989 e saranno approssimativamente di 475 MF all'anno dal 1990 al 1995.

IL CONTROLLO DELLE STRUTTURE

Diverse vicende, giunte anche davanti ai tribunali, hanno attirato l'attenzione la scorsa estate su un fenomeno inquietante: lo sviluppo di un mercato fiorente di servizi che funzionano al limite della legalità o in condizioni assai dubbiose e talvolta scandalose.

A seguito della legge sulla decentralizzazione, la competenza sulle strutture di ricovero e residenza appartiene al Presidente del Consiglio Generale. Il trasferimento delle competenze ai dipartimenti, per quanto concerne le persone anziane non ha tuttavia privato i Prefetti delle loro funzioni relative al controllo d'igiene e di salubrità, nè dei loro poteri di polizia.

Una collaborazione tra i servizi dello Stato e quelli dei dipartimenti è auspicabile per evitare i predetti avvenimenti.

Ecco perchè una missione dell'Ispettorato Generale degli Affari Sociali è stata rapidamente istituita. Questa missione è in corso; dovrebbe permettere non soltanto di porre fine al funzionamento di alcune strutture che non corrispondono a ciò che si può aspettare da una istituzione sociale, ma di proporre degli adattamenti al meccanismo di controllo in vigore per garantire meglio il rispetto delle persone anziane.

I DIVERSI TIPI DI STRUTTURE CHE OSPITANO LE PERSONE ANZIANE

Le strutture d'accoglienza per persone anziane vengono ripartite in due categorie:

- gli stabilimenti sociali e medico-sociali ai sensi della Legge del 30 giugno 1975 modificata, relativa alle istituzioni sociali e medico-sociali;
- i centri ed unità di lungo-degenza regolati dalla Legge ospedaliera del 31 dicembre 1970.

Le differenze che si era pensato di poter rilevare tra strutture di lunga degenza e strutture di alloggio per persone anziane al fine di giustificare la condizione amministrativa che era loro stata riservata, non sono state confermate dalla realtà.

In particolar modo non appare che la lungo-degenza accolga una clientela diversa da quella delle sezioni di cura medica, fatto salvo un grado di dipendenza eventualmente più elevato nel primo caso.

Lungo-degenza e sezioni di cura medica ricevono lo stesso pubblico di persone anziane divenute dipendenti. Le prestazioni effettuate in queste strutture comportano d'altronde una parte di cure e di assistenza che rilevano dal punto di vista dell'assicurazione malattia ed una parte di servizi relativi all'alloggio finanziati sia dai beneficiari stessi, sia sussidiariamente dall'aiuto sociale.

I - STRUTTURE SOCIALI E MEDICO-SOCIALI

In questa categoria, le strutture sono di due tipi:

- quelle che funzionano come dei "logements foyers";
- quelle che funzionano come delle case di ricovero, qualunque sia la denominazione.

A - TIPICI "Alloggi-Pensionati"

In queste strutture, le persone anziane possono scegliere di ricorrere o no a certe prestazioni che non sono incluse nelle spese obbligatorie.

- Le spese di soggiorno vengono ripartite dunque in:

- Spese obbligatorie: canone. Corrisponde ad un equivalente affitto/spese di locazione alle quali si aggiunge una partecipazione alle spese generali di funzionamento dei locali comuni (stipendio della direttrice, elettricità, riscaldamento delle parti comuni).
- Spese facoltative: la manutenzione completa non è obbligatoria ma è possibile tramite il cumulo di prestazioni facoltative separate pagabili di volta in volta (restauro, biancheria, ecc...).

- Le sovvenzioni

Per aiutare la persona anziana possono essere attivati degli aiuti complementari:

- l'assegno casa o l'APL negli stabilimenti costruiti con prestiti PLA;
- l'aiuto sociale totale o parziale nel caso in cui le risorse dell'anziano e quelle dei figli non siano sufficienti. In questo caso la struttura pubblica o privata deve essere autorizzata dal Presidente del Consiglio Generale;
- l'assegno compensatore o l'aiuto domestico in taluni casi;
- le spese di cura sono assicurate con il concorso medico e tanto con un forfait di "cure correnti" (12,80 franchi al giorno) versato dall'assicurazione malattia alla struttura di residenza, che con l'intervento del servizio di cura a domicilio.

La creazione di sezioni di cura è eccezionale. Esige dei locali adatti e del personale.

B - Tipo "Casa di Ricovero"

Queste strutture funzionano in assistenza completa. La denominazione della struttura non è necessariamente significativa: si può trattare di "residence" "alloggi pensionati per persone anziane dipendenti", "case d'accoglienza per persone anziane" (MAPA-MAPAD).

Nella maggior parte degli stabilimenti pubblici o privati a scopo non lucrativo le spese di cure sono prese in carico dall'assicurazione malattia:

- sia sotto forma di forfait di cure correnti, completato dall'intervento medico;
- sia sotto forma di un forfait di sezioni di cura (97,40 franchi al giorno).

Rimangono tuttavia da pagare somme considerevoli per la parte "alloggio" del prezzo della giornata.

Queste somme corrispondono al costo del mantenimento che oscilla generalmente da 150 a 350 F al giorno. Devono essere versate dalla persona alloggiata o dalla famiglia.

Sovvenzioni dalla collettività sono possibili. Sono le stesse viste precedentemente:

- assegno casa o APL nelle strutture costruite con prestiti PLA;
- il contributo sociale per l'alloggio delle persone anziane è versato dai dipartimenti.

Nelle strutture private a scopo di lucro che non hanno richiesto l'assegnazione di una sezione di cura, le cure sono assicurate dai medici esterni e rimborsate dall'assicurazione malattie. Ma le cure di nursing, normalmente assicurate da infermiere, sono effettuate da personale addetto allo stabilimento e pagate dalla persona anziana o dalla sua famiglia all'interno del conto della giornata "alloggio".

Gli "ospizi" funzionano con assistenza completa. Alcuni, anche se non trasformati giuridicamente, beneficiano di un forfait di sezione di cura ma molto spesso l'onere finanziario delle cure va incluse nel prezzo di giornata che varia a seconda del grado di autosufficienza (valido, semi-valido, invalido) ed è a carico della persona anziana o della sua famiglia, in mancanza di un aiuto sociale.

Quando lo stato dei locali lo consente (ospizi che siano stati resi degni dal punto di vista dell'umanità) è corrisposto l'assegno-casa.

II - I centri e le unità di lungo-degenza

Il mantenimento della persona anziana è coperto completamente dal forfait cure e dal prezzo della giornata "alloggio".

Le cure e i trattamenti sono integralmente assicurati dal servizio di lungo-degenza. Le cure sono prese in carico dall'assicurazione malattia nell'ambito di un "forfait di lungo-degenza" che copre tutte le cure (161,80 F al giorno).

Le spese "alberghiere" sono prese in carico dalla persona anziana o dalla sua famiglia o, altrimenti, dall'aiuto sociale. In servizio di lungo-degenza, il prezzo dell'alloggio può raggiungere la somma di 500 F al giorno.

Non c'è possibilità di ottenere l'assegno casa o APL perchè si tratta di una struttura gestita dalla legge ospedaliera e che non può essere considerata come sostitutiva di abitazione come le strutture sociali o medico-sociali.

III - Le altre strutture

A- Strutture intermedie tra il mantenimento a domicilio e l'istituzione classica

- Domicilio collettivo o unità di vita;
- alloggio temporaneo.

L'obiettivo di queste strutture, regolate dalla legge del 30 giugno 1975, è di offrire una certa elasticità di funzionamento.

Molto spesso funzionano fornendo una assistenza completa con il concorso delle persone anziane. Talvolta l'assistenza è favorita dal cumulo di servizi o prestazioni (portare i pranzi aiuti domestici). Le cure sono assicurate dal servizio di cura a domicilio quando ne esiste uno e con il ricorso a medici esterni.

I domicili collettivi e le unità di vita offrono un alloggio definitivo; sotto riserva della condizione dei locali, può essere attribuito l'assegno-alloggio. Gli oneri presi a carico dall'aiuto sociale o dagli enti di Previdenza Sociale possono essere completati con l'attribuzione di alcune prestazioni chiamate mantenimento a domicilio.

L'assegno-alloggio e l'APL, invece, non possono essere versati in alloggio temporaneo perchè non si tratta di abitazione principale.

L'aiuto sociale può anche intervenire sotto forma di sovvenzione compensatrice in mancanza di aiuto domestico.

B- Strutture sanitarie che accolgono persone anziane

Quando sopravviene una "crisi" e nello stesso tempo l'ambiente non permette di mantenere la persona anziana nella propria casa ed è impossibile trovarle un posto in una struttura, l'anziano è, in mancanza di alternative, indirizzato verso un servizio di medicina dal quale è dimesso per restare molto spesso in situazione di medio-degenza nell'attesa di una possibilità di sistemazione.

Quando presenta dei turbamenti psichici o d'orientamento, succede che venga diretto verso un ospedale psichiatrico senza peraltro poter contare su una terapia attiva.

Di fatto un'inchiesta effettuata dal C.N.A.M. nel 1984 rilevava un tasso di collocazione impropria per il:

- 48% in medicina;
- 41% in psichiatria.

Ovviamente c'è una presa in carico completa del soggiorno tramite l'assicurazione malattia o l'aiuto medico; non rimane a carico della persona anziana e della sua famiglia altro che il forfait giornaliero.

Sul piano finanziario c'è quindi per la famiglia un certo interesse a prolungare una tale sistemazione senza cercare una sistemazione sociale tramite il collocamento in una struttura medico-sociale. Tali "sistemazioni" in istituzioni sanitarie costituiscono una deviazione delle loro finalità.

D'altronde solo i soggiorni di medio-degenza vengono limitati nel tempo dall'assicurazione malattia. Questi servizi sono molto spesso usati non come dei servizi di riabilitazione ma come "primo passo" verso la lungo-degenza. Anche in questo caso c'è una deviazione della loro finalità.

Un obiettivo importante sarà nei prossimi mesi quello di riformare gli statuti giuridici, i regimi di autorizzazione e di tariffazione delle strutture che ricevono persone anziane.

I LAVORATORI ANZIANI

L'invecchiamento della popolazione del paese non rappresenta solo una sfida sul piano del finanziamento delle pensioni e della presa di coscienza sul piano sanitario e sociale delle persone anziane non autosufficienti.

L'invecchiamento della popolazione avrà anche delle conseguenze dirette sulla vita delle imprese, sulla loro produttività; quest'aspetto è tanto più caratterizzato dal momento che 4 persone attive su 10 hanno oggi più di 40 anni. Il futuro delle imprese sarà legato ad una gestione dell'età.

Negli anni 2000, 1/4 delle persone attive avrà più di 53 anni. Ecco perchè è indispensabile oggi che sia messa in opera per i salariati anziani una vera politica di formazione che permetta di evitare che una parte sempre più importante dei salariati anziani resti completamente non considerata, sia che queste non si disattivino nel loro impegno professionale, sia ancora che non pesino sulla necessaria competitività delle nostre imprese.

Ecco perchè il Ministro del Lavoro e dell'Impiego e il Ministro Delegato incaricato delle Persone Anziane pensano di nominare due persone competenti che avranno come compito quello di proporre al Governo, entro il termine di 6 mesi, le misure da prendere in materia di formazione dei dipendenti anziani.

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Strutture di alloggio e di lungo degenza
per anziani al 31/12/1986

	Ospizi e case di ricovero pubbliche e autonome	Sezioni degli ospedali	Case di ricovero private	Case pensionati	Altre strutture di allog- gio	Totale alloggio	di cui in sezione di cura medica	Lungo degenza	Tasso di attrezza- tura in sezione di cura medica di lungo alloggio	Tasso di attrezza- tura in sezione di cura medica di lungo degenza	Tasso di attrezza- tura in sezione di cura medica di lungo degenza
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
PARIS	935	1482	2209	4860	363	9849	1341	7145	58	8	50
SEINE ET MARNE	1378	2204	2534	1624	143	7883	559	313	187	13	21
YVELINES	680	2457	3270	2589	0	8996	645	453	199	14	24
ESSONNE	562	646	2542	3056	170	6976	569	285	184	15	23
HAUTS DE SEINE	1836	1164	2491	3442	0	8933	199	493	116	3	9
SEINE SAINT DENIS	1075	229	894	2762	25	4985	519	100	93	10	12
VAL DE MARNE	1983	282	2159	2795	29	7248	514	0	121	9	9
VAL D'OISE	491	1392	1918	2428	0	6229	937	196	173	26	32
ILE DE FRANCE	8940	9856	18017	23556	730	61099	5283	8985	117	10	27
ARDENNES	461	921	168	436	35	2021	402	322	123	24	44
AUBE	698	822	259	639	0	2418	314	134	173	16	23
MARNE	610	2163	756	1891	0	5420	838	590	194	30	51
HAUTE MARNE	487	830	83	271	0	1671	628	130	133	50	60
CHAMPAGNE-ARDENNE	2256	4736	1266	3237	35	11530	2182	1176	151	28	44
ATISNE	1503	1639	625	452	72	4291	462	510	140	15	32
OISE	809	1676	1517	1314	0	5316	539	859	168	17	44
SOMME	1667	1478	572	151	0	3868	327	880	123	10	38
PICARDIE	3979	4793	2714	1917	72	13475	1328	2249	144	14	38
EURE	593	2242	308	1229	59	4431	1165	357	185	49	64
SEINE MARITIME	2006	3101	1923	6891	50	13971	993	1849	232	16	47
HAUTE-NORMANDIE	2599	5343	2231	8120	109	18402	2158	2206	218	26	52

(1) Comprende i posti letto di case di ricovero in stabilimenti di ospitalizzazione privata (1458).

(2) Residenze di alloggio temporaneo, pensionati, residenze per persone anziane.

(3) Comprende soltanto le sezioni di alloggio per persone anziane.

(4) Situazione al 31/10/1986 - Fonte: CNAH.

(5) Posti letto di lunga permanenza in ospedali pubblici, privati, pubblici autonomi, case di ricovero private.

(6) Numero di posti letto o di alloggi in riferimento alla pop. di ultrasessantacinquenni x 1000.

(7) Numero di posti letto in sezione di cura medica in riferimento alla pop. di ultrasessantacinquenni x 1000.

(8) Numero di posti letto in sezione di cura medica e lunga permanenza in riferimento alla pop. di ultrasessantacinquenni x 1000.

(9) Numero di posti letto o di alloggi in strutture anche di lungo degenza in riferimento alla pop. di ultrasessantacinquenni x 1000.

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Ospizi e case di ricovero degli ospedali autonome	Sezioni degli ospedali	Case di ricovero private	Case pensionati	Altre strutture di alloggio	Totale alloggio	di cui in sezione di cura medica	Lungo degenza	Tasso di attrezzatura				
								attrezzatura in sezione di alloggio cura medica di lungo degenza (6)	attrezzatura in sezione di cura medica di lungo degenza (7)			
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(9)			
CHER	1362	764	436	641	51	3254	373	308	133	15	28	145
EURE ET LOIR	709	1174	694	347	53	2977	457	614	138	21	50	167
INDRE	695	748	541	273	32	2289	301	508	106	14	38	130
INDRE ET LOIRE	1588	1961	992	1035	463	6039	1933	394	183	59	70	195
LOIR ET CHER	998	1397	344	366	0	3105	803	657	133	34	63	161
LOIRET	1330	1955	764	759	30	4838	946	385	151	29	41	163
CENTRE	6682	7999	3771	3421	629	22502	4813	2866	144	31	49	163
CALVADOS	1092	2136	1043	1688	22	5981	546	510	205	19	36	223
MANCHE	1070	1759	972	547	0	4348	667	382	162	25	39	176
ORNE	889	1318	794	673	82	3756	571	455	212	32	58	237
BASSE-NORMANDIE	3051	5213	2809	2908	104	14085	1784	1347	191	24	42	209
COTE D'OR	646	1417	892	1068	48	4071	393	713	146	14	40	171
NIEVRE	620	1202	494	358	0	2674	515	464	122	23	45	143
SAONE ET LOIRE	2160	1673	749	1795	20	6397	1007	921	154	24	47	177
YONNE	1924	660	599	505	234	3922	607	371	147	23	37	161
BOURGOGNE	5350	4952	2734	3726	302	17064	2522	2469	145	21	42	166
NORD	3570	6367	2495	5260	484	18176	793	1913	150	7	22	166
PAS DE CALAIS	846	2644	1859	3105	230	8684	282	1483	127	4	26	149
NORD-PAS-DE-CALAIS	4416	9011	4354	8365	714	26860	1075	3396	142	6	24	160
MEURTHE ET MOSELLE	1036	1190	1672	2728	0	6626	885	701	188	25	45	208
MEUSE	1054	427	53	350	0	1884	409	148	150	33	44	162
MOSELLE	873	528	1588	2173	15	5177	477	585	135	12	28	150
VOSGES	882	2095	879	473	52	4381	843	226	182	35	44	191
LORRAINE	3845	4240	4192	5724	67	18068	2614	1660	164	24	39	179
BAS-RHIN	394	1760	2471	1166	0	5791	1125	988	123	24	45	143
HAUT-RHIN	1247	1721	1604	1399	0	5971	1274	1011	177	38	68	207
ALSACE	1641	3481	4075	2565	0	11762	2399	1999	145	30	54	170
DOUBS	874	558	428	534	76	2470	648	429	118	31	52	139
JURA	302	861	419	591	57	2230	273	199	139	17	29	151
HAUTE-SAONE	651	436	584	342	81	2094	41	120	144	3	11	152
TERRITOIRE DE BELFORT	214	0	440	223	0	877	287	160	128	42	65	152
FRANCHE-COMTE	2041	1855	1871	1690	214	7671	1244	908	131	21	37	147

(1) Comprende i posti letto di case di ricovero in stabilimenti di ospitalizzazione privata (1458).

(2) Residenze di alloggio temporaneo, pensionati, residenze per persone anziane.

(3) Comprende soltanto le sezioni di alloggio per persone anziane.

(4) Situazione al 31/10/1986 - Fonte: CNAM.

(5) Posti letto di lunga permanenza in ospedali pubblici, privati, pubblici autonomi, case di ricovero private.

(6) Numero di posti letto o di alloggi in riferimento alla pop. di ultrasessantacinquenni x 1000.

(7) Numero di posti letto in sezione di cura medica in riferimento alla pop. di ultrasessantacinquenni x 1000.

(8) Numero di posti letto in sezione di cura medica e lunga permanenza in riferimento alla pop. di ultrasessantacinquenni x 1000.

(9) Numero di posti letto o di alloggi in strutture anche di lungo degenza in riferimento alla pop. di ultrasessantacinquenni x 1000.

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Opiszi e case di ricovero pubbliche e autonome	Sezioni degli ospedali	Casa di ricovero private	Casa pensionati	Altre strutture di alloggio	Totale alloggio	di cui in sezione di cura medica	Lungo degenza	Tasso di attrezzatura in sezione di alloggio di lungo degenza	Tasso di attrezzatura in sezione di cura medica di lungo degenza
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
LOIRE ATLANTIQUE	846	1561	5869	1756	10224	1397	1653	202	28
MAINE ET LOIRE	2902	1647	2800	2244	0	9593	918	474	24
MAVENE	1600	1094	156	360	14	3424	764	470	215
SARTHE	1572	1334	612	1403	0	4921	640	159	21
VENDEE	1923	1392	692	1788	24	5819	517	359	17
PAYS DE LA LOIRE	8643	7028	10329	7551	230	33981	4236	206	26
COTES DU NORD	374	1650	1295	3123	66	6508	843	1275	24
FINISTERE	1790	2363	912	1924	132	7121	2412	139	47
ILLE ET VILAINE	1751	2128	2834	1811	0	8524	1659	1114	46
MORBIHAN	1287	1895	642	2131	0	5955	1261	183	39
BRETAGNE	5202	8016	5683	8989	198	28108	6175	180	40
CHARENTE	880	1138	758	549	66	3391	303	482	12
CHARENTE MARITIME	754	1584	916	839	175	4268	308	433	8
DEUX SEVRES	1848	815	952	538	0	4153	982	175	41
VIENNE	376	946	544	1133	0	3019	420	608	16
POITOU-CHARENTES	3858	4183	3190	3055	241	14831	2013	1875	18
DOROGNE	1813	1326	677	761	126	4703	1039	290	32
GIROUDE	1711	1456	2900	3573	1315	10955	1501	600	20
LANDES	1887	268	377	135	29	2696	584	548	25
LOT ET GARONNE	1157	844	195	522	0	2718	828	215	37
PYRENEES ATLANTIQUES	660	507	2775	711	0	4653	735	617	18
AQUITAINE	7228	4401	6924	5702	1470	25729	4687	2270	24
ARIEGE	307	559	152	273	0	1291	297	63	21
AVEYRON	736	1202	1326	321	12	3597	420	213	18
HAUTE GARONNE	1377	336	2423	1699	79	3874	1008	414	21
HERS	169	1041	366	323	0	1899	544	148	36
LOT	461	566	438	548	23	2036	98	160	7
HAUTES PYRENEES	355	547	605	129	0	1636	374	299	22
TARN	655	1173	1026	67	0	2921	573	420	21
TARN ET GARONNE	626	740	245	153	32	1796	369	82	24
MIDI-PYRENEES	4686	6164	6581	3473	146	21050	3683	1799	21
CORREZE	1109	748	443	448	76	2824	236	526	11
CREUSE	897	569	268	202	25	1961	359	404	22
HAUTE VIENNE	640	704	350	755	0	2449	574	1080	19
LIMOUSIN	2646	2021	1061	1405	101	7234	1169	2010	17

(1) Comprende i posti letto di case di ricovero in stabilimenti di ospitalizzazione privata (1458).

(2) Residenze di alloggio temporaneo, pensionati, residenze per persone anziane.

(3) Comprende soltanto le sezioni di alloggio per persone anziane.

(4) Situazione al 31/10/1986 - Fonte: CNAM.

(5) Posti letto di lunga permanenza in ospedali pubblici, privati, pubblici autonomi, case di ricovero private.

(6) Numero di posti letto o di alloggi in riferimento alla pop. di ultrasessantacinquenni x 1000.

(7) Numero di posti letto in sezione di cura medica in riferimento alla pop. di ultrasessantacinquenni x 1000.

(8) Numero di posti letto in sezione di cura medica e lunga permanenza in riferimento alla pop. di ultrasessantacinquenni x 1000.

(9) Numero di posti letto o di alloggi in strutture anche di lunga degenza in riferimento alla pop. di ultrasessantacinquenni x 1000.

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Ospizi e case di ricovero pubbliche e autonome	Sezioni degli ospedali	Casa di ricovero private	Casa pensionati	Altre strutture di alloggio	Totale alloggio	di cui in sezione medica	Lungo degenza	Tasso di attrezzatura in cura medica di lungo degenza (6)	Tasso di attrezzatura in cura medica di lungo degenza (7)	Tasso di attrezzatura in cura medica di lungo degenza (8)	Tasso di attrezzatura in cura medica di lungo degenza (9)
AIN	1279	1303	957	551	50	4140	748	585	172	31	55	196
ARDECHE	389	1044	778	1142	0	3353	363	1112	167	18	73	222
DRÔME	256	840	1139	745	0	2980	430	492	124	18	38	144
ISERE	1864	1469	1415	2187	46	6981	1697	1274	153	37	65	181
LOIRE	2497	1082	1236	2315	0	7130	1720	1613	157	38	73	192
RHÔNE	829	1726	2887	4815	87	10344	1289	2156	140	17	47	169
SAVOIE	307	1101	249	1462	0	3119	286	481	177	16	44	205
HAUTE-SAVOIE	291	792	382	953	0	2418	245	661	110	11	41	140
RHÔNE-ALPES	7712	9357	9043	14170	183	40465	6781	8378	148	25	56	179
ALLIER	1389	1420	433	476	83	3801	514	258	122	17	25	131
CANTAL	536	340	78	481	0	1435	130	290	118	11	35	142
HAUTE LOIRE	1317	698	988	41	32	3076	581	100	184	35	41	190
PUY DE DÔME	2351	539	903	646	0	4439	1107	973	124	31	58	151
AUVERGNE	5593	2997	2402	1644	115	12751	2332	1621	133	24	41	150
AUDE	285	744	718	433	0	2180	286	261	83	11	21	93
GARÔ	789	1270	1779	781	34	4653	1192	565	126	32	48	142
HERAULT	782	1428	1586	1487	95	5378	1571	396	110	32	40	118
LOZERE	189	474	273	210	0	1146	182	0	187	30	30	187
PYRENEES ORIENTALES	877	100	434	424	0	1835	478	368	69	18	23	84
LANGUEDOC-ROUSSILLON	2922	4016	4790	3335	129	15192	3709	1610	105	26	37	116
ALPES DE HAUTE PROVENCE	159	780	254	134	0	1327	433	0	144	47	47	144
HAUTES ALPES	121	260	77	286	20	764	33	211	110	5	35	140
ALPES MARITIMES	1264	1172	3389	746	93	6664	1737	532	79	21	27	85
BOUCHES DU RHÔNE	1728	743	6956	2112	35	11574	499	496	120	5	10	125
VAR	1240	595	1704	1537	305	5381	336	390	110	7	15	118
VAUCLUSE	1114	904	450	1161	14	3643	251	321	143	10	22	156
PROV. ALPES COTE D'AZUR	5626	4454	12830	5976	467	29353	3289	1950	108	12	19	115
CORSE DU SUD	0	0	143	60	0	203	///	249	28	///	///	62
HAUTE CORSE	0	40	271	70	80	461	///	173	51	///	///	71
CORSE	0	40	414	130	80	664	38	422	41	2	28	67
D.O.M	498		1012	265	20	1803	48		61	2	2	61
FRANCE ENTIERE	99614	114476	112293	120928	6364	453675	65567	59670	139	20	38	157

(1) Comprende i posti letto di case di ricovero in stabilimenti di ospitalizzazione privata (1458).

(2) Residenze di alloggio temporaneo, pensionati, residenze per persone anziane.

(3) Comprende soltanto le sezioni di alloggio per persone anziane.

(4) Situazione al 31/10/1986 - Fonte: CNAM.

(5) Posti letto di lunga permanenza in ospedali pubblici, privati, pubblici autonomi, case di ricovero private.

(6) Numero di posti letto o di alloggi in riferimento alla pop. di ultrasessantacinquenni x 1000.

(7) Numero di posti letto in sezione di cura medica in riferimento alla pop. di ultrasessantacinquenni x 1000.

(8) Numero di posti letto in sezione di cura medica e lunga permanenza in riferimento alla pop. di ultrasessantacinquenni x 1000.

(9) Numero di posti letto o di alloggi in strutture anche di lungo degenza in riferimento alla pop. di ultrasessantacinquenni x 1000.

R E G N O U N I T O

PREMESSA

L'assistenza agli anziani in Gran Bretagna è, come di consueto, di tipo sociale e di tipo sanitario. L'assistenza di tipo sociale è svolta dalle Local Authority (municipalità), quella di tipo sanitario dalle strutture locali del National Health Service (NHS: Servizio Sanitario Nazionale). Nella seguente tavola (estratta da I nuovi vecchi a cura di C. HANAU, CIRIEC, Maggioli, 1987) è riportato un quadro in cui i due tipi di assistenza sono distribuiti in un'area caratterizzata dalla fonte (pubblica o privata), dal supporto ed insieme dalla tipologia che entrambe ricevono, istituzionale o territoriale (community care) dell'assistenza; a proposito della percentuale di ripartizione tra assistenza pubblica e privata va fatto anche riferimento a quanto sarà detto successivamente, in questa stessa introduzione, in relazione al peso crescente che il settore privato sta assumendo nei servizi per gli anziani.

Assistenza a domicilio e in istituzione per l'anziano
in Gran Bretagna

Settore privato (20%)	Settore pubblico (80%)
A domicilio	
aiutato da:	aiutato dalla Lass (Autorità locale per la sicurezza sociale)
- associazioni private (del settore volontariato)	mediante: centri diurni (day Center, pasti, aiuto domestico) e
- centri diurni per anziani (Day Centers by Age Concern)	dal Nhs (Servizio sanitario nazionale) che fornisce Day Hospital e medico di famiglia
In istituzione	
Appartamenti sorvegliati privati (Sheltered Housing)	Appartamenti sorvegliati (Sheltered Housing)
Case di riposo (Residential Homes)	Case di riposo (Local Authority Residential Homes)
Case protette (Nursing Home)	Case protette dal servizio sanitario (Nhs Nursing Homes)
	Ospedali per lungodegenti (Nhs Long stay Hospitals)

N.B.: Dall'alto al basso vi è una progressiva maggior assistenza; le forme di assistenza riportate verso il fondo sarebbero destinate quindi a ospiti con un grado progressivamente minore di autosufficienza: nella realtà concreta, esaminando i gruppi di ospiti presenti, questo criterio non è sempre seguito.

La maggior parte degli anziani vive in case private, soli o con altri parenti. In questi, come in altri casi, un ruolo importante è svolto dagli operatori sociali (social worker: dipendenti della municipalità e non del NHS) che regola l'offerta di servizi di assistenza pubblici e spesso media il ricorso a quelli privati. A livello sanitario un ruolo altrettanto importante rivestono le figure del medico di famiglia (General Practitioner: GP) e della district nurse (infermiera provinciale).

Gli anziani che non vivono in famiglia e che non possono essere assistiti a domicilio possono essere sistemati in sheltered-house (case protette con un guardiano, sistemi di allarme e appartamenti individuali e locali, ed infine servizi collettivi), la maggior parte delle quali (l'80% pari a 420.000 posti) è di proprietà pubblica delle autorità locali. Gli anziani non autosufficienti sono invece assistiti nelle residential homes che, a livello privato, hanno conosciuto un notevole incremento nel loro utilizzo, così come lo hanno conosciuto le case protette.

Secondo alcuni autori (*), infatti, l'andamento dell'assistenza agli anziani negli ultimi anni ha registrato una rapida crescita, a partire dal 1980, del settore privato, non tanto in base ad una precisa volontà del governo conservatore, quanto forse per una maggiore disponibilità di finanziamenti in denaro pubblico (supplementary benefits) che hanno alimentato una maggiore offerta privata. Questo processo ha dato origine ad alcune norme di contenimento del fenomeno (attraverso "tetti" di crescita), in vigore dalla metà del 1985).

Tra il 1978 e il 1982, secondo questa opinione, la ripartizione dell'assistenza agli anziani tra pubblico e privato

(*) P. Day: The public regulation of private welfare: the case of residential and nursing homes for the elderly, in *Political Quarterly* 1988, n. 1, p. 44; I nuovi vecchi, cit.

è variata dal 70/30 al 65/35; nel quadriennio successivo la distribuzione è stata 58/42, dato che si prevede stabile per il periodo 1987-1988.

Lo sfondo normativo dell'assistenza privata è costituita dalla registrazione e dall'ispezione delle nursing homes. Il Nursing home registration Act del 1927 e il National Assistance Act del 1948 fissarono degli standards cui i richiedenti la registrazione si sarebbero dovuti attenere per ottenere il visto dell'autorità pubblica. E' stato osservato (P. Day, cit.) che le prescrizioni delle leggi citate si pongono ad un livello piuttosto generale, per cui sarebbe necessario verificare il livello di attuazione che esse hanno avuto localmente, dove la situazione - da caso a caso - è assai variabile. Nel 1983 l' Health and Social Service and Social Security Adjudication Act stabilì che tanto le nursing homes (che erogano servizi di tipo sanitario) che le residential homes (che forniscono essenzialmente vitto e alloggio), nel caso in cui avessero ospiti che dimostrassero necessità dell'assistenza dei due tipi, dovessero ottenere la doppia registrazione, sia dell'autorità sanitaria, che dell'ente locale. Solo 216 su 1200 residential homes private acquisirono tuttavia la doppia registrazione (P. Day, cit.).

Un punto in qualche modo intermedio di riferimento per l'assistenza agli anziani nel Regno Unito è il volontariato che ha natura privata ma non persegue fini di lucro. Il volontariato è capace di aggregare notevoli risorse intorno a organizzazioni che hanno in taluni casi anche secoli d'esperienza; come si rileva nel testo "gli anziani in Gran Bretagna", più avanti riportato, circa un terzo dell'aiuto delle organizzazioni del volontariato è dedicato agli anziani.

Il Dipartimento per la Salute e la Sicurezza Sociale ha reso noto (*) che nel periodo 1987-1988 il Dipartimento stesso

(*) Department of Health and Social Security, nota 3709 del 6 settembre 1988.

ha erogato 506.000 sterline per contribuire alle spese amministrative generali delle organizzazioni di volontariato più comprese nell'attività di assistenza portate avanti dal Governo. Lo scopo del contributo è quello di coinvolgere le organizzazioni di volontariato in specifici progetti, per lo più di durata biennale, diretti al tipo di assistenza che il Governo intende promuovere, avvalendosi peraltro di strutture, quali quelle del volontariato, molto capillari ed esperte. I contributi del dipartimento, che trovano la loro fonte nell'articolo 64 del Health Services and Public Health Act del 1968, sono erogati, oltre che periodicamente in relazione ai progetti, anche di volta in volta in relazione a più vasti programmi governativi. Nel 1984 il Governo rese disponibili 10,5 milioni di sterline per un'iniziativa detta "Help the Community to Care (HCC)" (Aiuta la Comunità ad assistere); nell'ambito di questo programma furono individuati 12 progetti tutti tesi a ridurre i ricoveri ospedalieri a vantaggio dell'assistenza domiciliare; altri progetti finalizzati hanno riguardato gli anziani appartenenti a determinati gruppi etnici (progetti triennali terminati nel 1988). Da sottolineare che il programma HCC non concerneva solo gli anziani, ma anche altre categorie bisognose di assistenza.

Il quadro normativo essenziale di riferimento dei servizi socio-sanitari è, in estrema sintesi, organizzato come segue:

I servizi sociali degli enti locali sono responsabili del miglioramento delle condizioni di vita degli anziani ai sensi dell'art. 45 del "Health Services and Public Health Act" del 1968. Il Dipartimento della Sanità e dell'Assistenza Sociale (Department of Health and Social Security: DHSS) con la propria circolare n. 19/71 ha elencato i servizi che gli enti locali

devono fornire in modo particolare agli anziani. Questi servizi sono:

- pasti ed attività relativa al tempo libero sia nelle abitazioni che altrove;
- informazioni agli anziani sui servizi disponibili ed identificazione degli anziani bisognosi di servizi;
- facilitazioni per il trasporto da e verso i luoghi di residenza al fine di poter beneficiare dei servizi forniti;
- assistenza volta a trovare adeguate sistemazioni per gli anziani;
- consulenza, assistenza in loco e supporto attraverso assistenti sociali;
- ausilio di tipo pratico presso le abitazioni, in particolare per fornire maggiore sicurezza, maggiore comfort o maggiore convenienza economica;
- contributo ai costi di assunzione di un portiere-assistente oppure ai costi per l'inserimento in una struttura abitativa assistita;
- servizi di portinato-assistenza per i residenti in abitazioni di tipo privato.

Ai sensi dell'art. 21 del National Assistance Act del 1948, gli enti locali sono inoltre responsabili per la sistemazione residenziale di tutti coloro che (anche non necessariamente anziani) hanno bisogno di cura e di attenzione e non possono essere altrimenti aiutati. In pratica la maggior parte dei servizi destinati ai non autosufficienti (phisically disabled) sono disponibili anche per gli anziani: si tratta dei servizi forniti ai sensi delle previsioni del National Assistance Act del 1948 e del Chronically Sick and Disabled Person Act del 1970 (servizi in comunità e servizi a domicilio di vario tipo).

E' da ricordare che, in circostanze peraltro particolari, persone che soffrono di malattie croniche o che (a causa dell'età, dell'infermità o di inabilità) non possono provvedere a loro stesse e non vogliono essere ricoverate in un ospedale o altrimenti sistemate, possono essere rimosse coercitivamente ai sensi dell'art. 47 del National Assistance Act del 1948, in base al quale l'ente locale prima si procura una relazione firmata da un medico abilitato ed in seguito propone un'apposita istanza all'autorità giudiziaria.

Per quanto concerne più in particolare l'aspetto dell'assistenza sanitaria, si forniscono qui di seguito alcuni dati comunicati dal Dipartimento per la Salute e la Sicurezza Sociale (DHSS).

A fronte dei 387.000 impiegati negli enti locali, servizi socio-assistenziali, vi sono 1.215.000 impiegati del Servizio Sanitario Nazionale (NHS) (dati del 1986).

Il NHS ha speso (1984/5) per l'assistenza sanitaria ospedaliera e per quella sul territorio 340 sterline pro-capite per le persone nella fascia da 65 a 74 anni, e 940 sterline pro-capite per gli ultrasessantacinquenni; nello stesso periodo per l'assistenza di base attraverso i medici di famiglia il NHS ha speso, per le fasce di età sopra considerate, rispettivamente 86 e 147 sterline pro-capite.

Una stima della distribuzione percentuale delle spese del NHS per fasce di età (Compendium of Health Statistics 1987) è la seguente:

Nascite	5,9%
0-4 anni	5,7%
5-15 anni	7%
16-64 anni	38,8%
65-74 anni	15%
> 75 anni	27,5%

Secondo alcune recenti indicazioni (*) tra i principali argomenti all'attenzione del Governo vi sono, insieme alla disoccupazione ed all'AIDS, le politiche di assistenza agli anziani sul territorio. Nell'ottica di rendere più efficace ed efficiente la spesa pubblica, specie per quanto concerne gli anziani più bisognosi, sono stati individuati tre punti di interesse:

- una revisione del modo in cui i fondi pubblici sono usati per sviluppare l'assistenza sul territorio e per avere miglior cognizione delle possibilità che porterebbero un miglioramento nell'uso dei fondi stessi;
- una revisione dei dispositivi per il supporto finanziario dei residenti nelle case di riposo;
- il ruolo delle case di riposo e la gamma di servizi che vi sono erogati.

E' da ricordare che recentemente il dicastero prima responsabile per i servizi socio-sanitari è stato sdoppiato nelle sue due componenti ed affidato a due diversi ministri.

Anche nel Regno Unito, come per la gran parte dei paesi, una delle direttrici fondamentali dell'attività di assistenza agli anziani è quella di evitare l'ospedalizzazione non necessaria, sia al fine del contenimento dei costi, sia al fine di evitare traumatiche variazioni di ambiente agli anziani. Specialmente a livello di provincie (county councils) c'è un tentativo di ridimensionamento delle spese nella residential care a favore della community care. L'attività relativa alle sistemazioni abitative è invece competenza del comune (district council) ed ovviamente interagisce con l'altro livello, poichè

(*) Developments in social welfare policies in the U.K. since 1972, rapporto del Regno Unito alla conferenza dei Ministri Europei responsabili per gli affari sociali, Varsavia 6-11 aprile 1987.

è appunto un'adeguata disponibilità di alloggi protetti, case di riposo, ecc. che è in grado di prevenire l'ospedalizzazione. Day-hospital e servizi geriatrici sono invece forniti dal NHS finanziato centralmente; le autorità del NHS hanno peraltro a disposizione dal 1976 fondi della Joint Finance che sono stati introdotti sia per cercare di ottenere una maggiore integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari, sia per consentire un sia pur solo parziale e limitato trasferimento di fondi dal NHS alle autorità locali.

Tra i punti emergenti del dibattito vi è infatti anche la avvertita necessità di un maggiore coordinamento dei vari tipi di servizi e sistemazione offerti.

AVVERTENZA

Lo scritto qui presentato è principalmente tratto dalla pubblicazione "Elderly people in Britain" del Central office of information (COI) n° 134/82 del Marzo 1982 (tradotto in italiano nel documento 219/82 del Servizio Studi Camera).

Il documento, non più aggiornato dal COI, è stato peraltro rivisto ed integrato con alcune altre notizie provenienti da altre pubblicazioni del Regno Unito (On the state of the Public Health 1986, Dep. of Health and Social Security, DHSS; Retiring? DHSS, Aprile 1987; Britain 1988 - An official Handbook, COI; Voluntary Organizations in Britain, COI, Luglio 1983; Promoting better health, Her Majesty's Stationery Office, HMSO, Novembre 1987; Social Security in Britain, the 1985 White Paper, COI, Gennaio 1986) a cura del Servizio Studi del Senato.

Dalle informazioni che sono state acquisite risulterebbe che le strutture dell'intervento nei confronti dei bisogni degli anziani descritte nel documento del marzo 1982 sono rimaste sostanzialmente invariate.

GLI ANZIANI IN GRAN BRETAGNA

Il numero degli anziani in Inghilterra sta aumentando e ciò comporta notevoli conseguenze per gli stanziamenti pubblici previsti in loro favore, specialmente nel settore dell'assistenza sanitaria e in quello dei servizi sociali. Gli stanziamenti pubblici per gli anziani sono stati oggetto d'una revisione pubblicata sul "Libro Bianco" nel marzo 1981, in cui il Governo stabilisce delle linee d'azione e un ordine prioritario per la futura assistenza dell'anziano. Lo scopo principale è quello di mettere in grado la popolazione anziana di vivere indipendente, nella propria casa, dovunque ciò sia possibile. Il Governo riconosce che la principale fonte di sostegno e assistenza proviene da un volontariato spontaneo, e considera il ruolo della pubblica autorità principalmente come un sostegno e un incoraggiamento a questi sforzi dell'iniziativa privata. Non vi sono elementi per credere che la famiglia moderna abbia rinunciato alle sue funzioni assistenziali devolvendo le sue responsabilità allo Stato; le relazioni ufficiali riferiscono che gli anziani assistiti dalle loro famiglie sono un numero ben più folto di quanto non lo fosse all'inizio del secolo. Malgrado i progetti di riduzione della spesa pubblica nel periodo che va fino al 1983-84 e di spinta alle economie gestite dalle autorità locali, la spesa che il Governo dovrà sostenere per il benessere sociale aumenterà. Si valuta che gli aiuti e i servizi per gli anziani ora incidono per più di un terzo sulla spesa pubblica totale per i principali programmi sociali in Inghilterra. Il "Libro Bianco" stabilisce un certo numero di obiettivi a lungo termine, come ad esempio un'età di pensionamento comune sia agli uomini che alle donne, una maggiore flessibilità circa l'epoca del pensionamento, e inoltre, l'abolizione della

"regola retributiva" che scoraggia alcuni tra quelli che desiderano lavorare dopo l'età della pensione. Fa presente alla pubblica autorità che occorre sostenere e incoraggiare coloro che sono in qualche modo addetti alla cura degli anziani, e sviluppare una rete di stanziamenti a livello locale. Il Governo auspica che tutte le categorie adibite alla cura degli anziani diventino sempre più conscie delle necessità di questi ultimi. Inoltre, il Governo coglie l'occasione per esprimere la sua ferma opposizione a qualsiasi movimento inteso a introdurre l'eutanasia legalizzata, che esporrebbe persone molto vulnerabili a pressioni indesiderate.

Questo documento descrive brevemente una serie di importanti argomenti relativi agli anziani, includendo informazioni sulla popolazione anziana, sul pensionamento, il sostegno finanziario, i servizi sociali personali e l'assistenza sanitaria, l'impiego e il tempo libero, come pure i servizi volontari.

LA POPOLAZIONE ANZIANA

Negli ultimi 20 anni il numero di uomini e donne dell'età di 65 anni e oltre è cresciuto di un terzo, fino a circa 8 milioni, rappresentando circa il 15% della popolazione inglese. Sempre più gente vive più a lungo e l'età media della generazione più anziana sta crescendo. Si prevede che verso la fine del secolo il numero delle persone la cui età raggiunge e sorpassa i 75 anni aumenterà di quasi un quinto e quelle la cui età raggiunge gli 85 anni e oltre, di una metà. Molte donne anziane sono vedove perchè le donne vivono più a lungo degli

uomini (l'età media attuale è di circa 70 anni per un uomo e di 76 anni per una donna, mentre nel 1901 era di 49 anni per l'uomo e di 52 anni per la donna), e perchè normalmente gli uomini si sposano con donne più giovani di loro. Nell'arco di età tra i 65 e i 74 anni vi sono quattro donne per ogni tre uomini mentre tra gli 85 e oltre vi sono tre donne per ogni uomo.

ETA' DELLA PENSIONE

La maggior parte delle persone ha un'età fissa per il pensionamento, generalmente i 60 anni per le donne e 65 per gli uomini, quantunque un sempre crescente numero di uomini vadano in pensione ugualmente a 60 anni. Quelli che desiderano continuare a lavorare devono in genere cambiare tipo di lavoro dopo il pensionamento. Ogni anno, circa mezzo milione di persone entra in pensione e diventa sempre più comune intraprendere dei corsi preparatori nella forma di istruzione pre-pensionistica. Questa dà la possibilità di discutere e ottenere consigli pratici su questioni come il mantenimento della salute, delle proprie capacità e della mobilità, l'uso costruttivo del tempo libero che include la prosecuzione dell'istruzione, i benefici della previdenza sociale e altre questioni finanziarie, i problemi relativi all'abitazione e alla sua manutenzione. I corsi, sono organizzati da organizzazioni private e da società, da autorità locali della pubblica istruzione come anche da corpi di volontariato. L'Associazione Pre-Pensionistica di Gran Bretagna e Irlanda del Nord lavora in stretta collaborazione con organizzazioni come il Congresso del Sindacato Operaio e la Società Industriale, e ha ricevuto un finanziamento iniziale

dal Governo per sostenere l'onere relativo all'organizzazione di corsi pre-pensionistici con lo scopo di fornire informazioni ed aiuti.

Alcune società fanno in modo di ridurre gradualmente, nell'anno che precede la pensione, le ore di lavoro dei loro impiegati. Al momento del pensionamento essi possono trovarsi a lavorare solo due o tre giorni alla settimana, ciò che permette loro di adattarsi più facilmente alla pensione completa e di evitare alcuni dei più comuni disturbi associati al pensionamento, come uno stato di abulia o di depressione.

SOSTEGNO FINANZIARIO

PENSIONI

Malgrado che il pensionamento del lavoro sia generalmente associato a una riduzione del reddito, lo Stato provvede a integrare il normale assegno pensionistico con un supplemento di pensione nei casi in cui il reddito dovesse cadere al di sotto di un certo livello.

Un'altra fonte di reddito proviene da progetti pensionistici privati in cui molti hanno versato contributi durante la loro vita lavorativa.

Il maggior stanziamento pubblico per il sostegno finanziario degli anziani è l'assorbimento della pensione di base (basic pension) o di anzianità fornita dalla previdenza nazionale (national insurance) e pagabile a coloro che hanno raggiunto l'età della pensione (65 anni per gli uomini e 60 per le donne) e che hanno pagato sufficienti contributi all'istituto nazionale di previdenza (il pagamento di molti assegni da parte della previdenza sociale dipende dai precedenti

contributi versati all'istituto nazionale di previdenza, mentre altri sono pagabili indipendentemente da questa condizione). Sono previste comunque sia la corresponsione di pensioni ridotte (in presenza di un accreditamento contributivo inferiore a quello previsto per la basic pension) sia la possibilità di prosecuzione integrativa volontaria. L'importo settimanale della pensione base (Basic Retirement Pension) ai valori dell'Aprile 1987 è di 39.50* sterline per una persona singola e 63.25* per una coppia di coniugi. L'ammontare della pensione dipende dal numero di contributi pagati e può essere inferiore all'importo base. Una pensione di anzianità di tipo non contributivo, può essere corrisposta (ma soggetta ad una condizione residenziale) a coloro che, avendo superato gli 80 anni di età, non percepiscono una pensione contributiva oppure ne percepiscono una ridotta. Una pensione supplementare è disponibile per coloro che, trovandosi in età pensionistica, non hanno sufficienti mezzi di sussistenza, non lavorano a tempo pieno e non possiedono risparmi maggiori di 3.000* sterline (Aprile 1987). La supplementary pension è pari a (Aprile 1987) 61,85* sterline settimanali per una coppia e 38,65* sterline per una persona che vive da sola.

Il costo annuale dell'istituto nazionale delle pensioni è (1982) un ottavo circa della spesa pubblica totale.

Nel 1978, un nuovo piano pensionistico di stato è entrato in funzione e sarà pienamente realizzato dopo 20 anni di contributi; secondo questo piano la pensione di anzianità consiste nella pensione base più una pensione addizionale (in relazione allo stipendio). La pensione addizionale sarà l'1,25% dello stipendio, entro dei limiti fissi per ogni anno di contributi fino a un massimo di 20 anni. (Dopo 20 anni di attuazione di questo piano la pensione addizionale si baserà

* 1 sterlina = Lire 2.094,15 (Aprile 1987)

sugli anni di maggiore reddito del contribuente dal 1978). Al momento della sua piena attuazione, questo piano permetterà a un uomo sposato con un reddito pro-capite medio nazionale di andare in pensione con un assegno di anzianità cumulativo per lui e sua moglie corrispondente a circa la metà del reddito pro-capite medio nazionale. Alla basic pension si affianca quindi l'additional pension correlata al reddito a partire dal 1978 sulla base del quale si sono pagati i contributi al National Insurance e/o la graduated pension per i contributi pagati dal 1961 al 1975.

I lavoratori che rientrano in un piano di pensione "occupazionale"* possono essere "estromessi" dall'additional pension. I datori di lavoro sono liberi di "estromettere" i loro dipendenti dal fattore relativo al reddito previsto dal piano nazionale e sostituirlo con la loro pensione occupazionale, a patto che quest'ultima sia almeno uguale alla pensione addizionale di stato (Guaranteed Minimum Pension GMP). Lo Stato rimane responsabile per la pensione base. Circa 3-8 milioni di pensionati (1982) su un totale di circa 8.75 milioni ricevono una pensione occupazionale e una decina di milioni d'individui sono soggetti a un piano pensionistico estraneo a quello statale. I liberi professionisti pagano i contributi e hanno diritto alla pensione base o d'anzianità, ma non hanno diritto alla pensione addizionale in relazione al reddito in quanto non ne assolvono gli oneri contributivi. Essi possono ricorrere a pensioni integrative private o a piani assicurativi allo stesso fine. Il titolare di una pensione d'anzianità può guadagnare fino a 75 (Aprile 1987) sterline a settimana senza che l'ammontare della basic pension e degli eventuali assegni per invalidità o carichi familiari subisca delle modifiche. Se il guadagno aumenta, la pensione sarà ridotta secondo la scala mobile, in base alla "regola retributiva". Gli uomini che abbiano almeno 70 anni e le donne di almeno 65, non sono tuttavia soggetti

* "Occupazionale" traduce la parola "occupational" che esprimerebbe nel testo originario il collegamento della pensione al rapporto di lavoro.

a questa norma. Altri redditi non intaccano peraltro l'additional pension o la graduated pension. La pensione può essere ridotta sotto certe condizioni per le entrate del coniuge o del partner. Con un libro bianco presentato ai Comuni il 16 dicembre 1985 il Governo ha esposto le sue preoccupazioni per l'espandersi della spesa previdenziale ed ha proposto alcuni accorgimenti basati, tra l'altro, sul ricorso a pensioni individuali private.

ALTRI TIPI DI ASSISTENZA FINANZIARIA

Il sistema previdenziale provvede al pagamento di una vasta serie di indennità che hanno lo scopo di aiutare coloro che hanno particolari bisogni. Ad esempio, molte persone anziane sono invalide o malate e hanno necessità di molte cure; un assegno assistenziale può essere corrisposto a coloro che hanno bisogno di cure frequenti o continue. I pensionati sono esenti da ticket. Quelli che si trovano in ospedale o coloro che ricevono la pensione supplementare, possono ricevere gratis le cure dentistiche o oculistiche col Servizio Sanitario Nazionale; altri, titolari di redditi molto bassi possono anche essere aiutati a sostenere le spese di questi trattamenti. Il freddo può essere un particolare problema per gli anziani e il Governo fornisce un aiuto in taluni casi: se si è titolari di una supplementary pension e si è (o si ha il coniuge che è) sopra i 65 anni, o se si abita in una casa molto fredda, o si è (o si ha un parente convivente) ammalati o invalidi, ecc. In questi casi è corrisposta una somma aggiuntiva che si aggiunge alla supplementary pension, somma che aumenta nel caso di ultraottantacinquenni.

Le società erogatrici di gas ed elettricità adottano dei codici di comportamento che ostacolano la riscossione

automatica del servizio in caso di fatture non saldate. Un aiuto limitato per spese di funerale può essere concesso nella forma di assegno per decesso e si possono ottenere altri aiuti tramite il programma di indennità supplementari.

Le autorità locali hanno il potere di fornire una vasta gamma di facilitazioni, compresa l'assistenza finanziaria per l'installazione e il mantenimento del telefono, abbonamenti televisivi, affitto di televisori, centri sociali, vacanze, pasti a domicilio. I relativi stanziamenti, tuttavia, dipendono dalle decisioni delle autorità sul modo di distribuzione delle entrate tra i servizi competenti.

Gli anziani si servono molto dei trasporti pubblici ed esiste un certo numero di programmi miranti a facilitazioni per questo servizio. Alcune autorità locali concludono degli accordi secondo i quali i pensionati possono viaggiare sulla rete filotranviaria locale senza oneri di sorta o a tariffa ridotta. La scelta e la natura della concessione è determinata dall'autorità locale. A Londra, ad esempio, i pensionati possono viaggiare sulla rete della metropolitana senza biglietto, ma non prima delle nove del mattino da lunedì a venerdì, e sugli autobus nelle ore non di punta (1982). Le ferrovie britanniche offrono anche delle speciali facilitazioni. Le Tessere Ferroviarie per Cittadini Anziani (senior citizen railcard) permettono ai passeggeri di viaggiare su determinati percorsi a determinate ore con costi molto ridotti: nel 1980, più di 1 milione di queste tessere sono state vendute. Altri programmi per prezzi ridotti includono il cinema, le gallerie d'arte e i corsi d'istruzione per adulti.

Si può anche ottenere un finanziamento per sostenere il costo di restauri o mantenimento di una casa.

LE TASSE

Una consistente parte dell'ammontare della pensione, nelle sue diverse componenti, è soggetta all'imposta sul reddito.

Le autorità locali possono decidere, a seconda anche delle condizioni personali, riduzioni delle tasse locali.

ASSISTENZA SUL TERRITORIO

Per assistenza sul territorio s'intende generalmente quell'insieme di servizi che permettono agli anziani di vivere indipendenti a casa loro (circa il 95% degli anziani vive in una comunità) prevedendo o rinviando la necessità di una lunga degenza in una casa di riposo o in ospedale. Tale assistenza è fornita dai servizi sanitari, sociali e sociali individuali, organizzazioni volontarie e amici o parenti. Sempre più si tende a trasferire certi pazienti a lunga degenza dai grandi ospedali all'assistenza sul territorio.

Invecchiando, molte persone avvertono un decadimento fisico, con la perdita parziale o totale di alcune facoltà mentre insorgono alcune forme di invalidità. La proporzione delle persone con qualche forma di invalidità aumenta di colpo verso l'età di 75 anni, e tra le più comuni sono la perdita della mobilità, la diminuzione della vista o dell'udito, l'artrite e l'incontinenza. Alcune delle difficoltà collegate all'invecchiamento sono di natura unicamente medica, altre invece rientrano nel campo dei servizi sociali individuali. Rivolgersi al medico di famiglia normalmente è il primo passo per prendere contatto con il servizio sanitario e il sanitario può anche

essere la persona più adatta per stabilire un contatto con i servizi sociali. Tra gli anziani vi è una forte richiesta di servizi medici e sociali e in qualsiasi momento essi o le loro famiglie possono ricevere vari tipi di assistenza in relazione tra loro e interdipendenti. Lo scopo è quello di fornire appositamente i migliori servizi studiati per le necessità individuali, (nel modo più efficace ed economico), ed è essenziale un coordinamento di base. Nel libro bianco "promoting better health" presentato al Parlamento nel novembre 1987, il Governo ha sottolineato la necessità di incentivare i medici di famiglia a fornire cure regolari e comprensive agli anziani. Il numero medio di visite di un dottore in un anno nei confronti di una persona tra i 5 e i 64 anni è di 3,8; questo numero sale a 5 per i pazienti tra i 65 e i 74 e a 6,3 per i pazienti ultrasettantacinquenni. La metà di queste ultime avviene a domicilio.

SERVIZI SOCIALI INDIVIDUALI

La gamma dei servizi sociali individuali include tutti i tipi di lavoro sociale: pasti a domicilio, aiuto domestico, consigli su finanziamenti o preparazione a una terapia occupazionale, assistenza nei problemi pratici giornalieri. Gruppi di zona addetti al servizio sociale possono anche includere funzionari disponibili alla mobilità o altro personale specializzato per l'assistenza e la consulenza. Un aspetto importante è l'assistenza diurna, offerta specialmente da centri diurni e circoli per i ricoverati che sono di particolare beneficio agli anziani soli e confinati in casa. L'aiuto domestico si riferisce a compiti come quello della lavanderia, della tintoria,

della spesa e della cucina, oppure a un aiuto più personale come quello relativo all'abbigliamento quotidiano e all'igiene personale. Alcune autorità e organizzazioni volontarie forniscono un servizio a domicilio per gli anziani che hanno bisogno di particolari cure di giorno o di notte. In alcune zone si provvede a uno speciale servizio di lavanderia. Adattamenti particolari all'interno della abitazione possono permettere di superare i problemi connessi a una ridotta mobilità. Esiste inoltre una vasta gamma di aiuti ambientali destinati a coloro che hanno un udito ridotto. In alcune zone sono stati realizzati servizi di allarme per aiutare gli anziani soli ad ottenere un pronto intervento in casi di emergenza.

L'impegno privato e volontario associato ai servizi sociali individuali, prende molte forme, e in molte zone esiste una molteplicità di organizzazioni e modalità di intervento. Questa abbraccia l'intera gamma assistenziale fornita dai servizi pubblici, integrando le risorse pubbliche e fornendo il tipo di assistenza che può ricevere una persona che vive in famiglia o con amici. Attraverso il sistema dei pasti a domicilio, dei libri a domicilio, e il programma di "amicizia", il Servizio Reale di Volontariato Femminile entra in contatto e mantiene i legami con molte persone anziane e può così agire prontamente in casi di emergenza. In molte zone Volontari del Servizio Territoriale, membri della "Task Force" (organizzazioni composte principalmente da giovani volontari) e guardie volontarie volanti visitano gli anziani solitari ed effettuano lavori di routine per loro. In maniera simile, la Società della Croce Rossa e il Servizio delle Ambulanze St. John forniscono un sostegno. I fondi raccolti da organizzazioni come "Aiuta gli Anziani" permettono lo sviluppo dei servizi territoriali.

IL VOLONTARIATO

Il ruolo delle organizzazioni volontarie è stato - ed è - importante da secoli nel Regno Unito. Attualmente si stima che un quarto circa della popolazione adulta prende parte ad una qualche attività di volontariato in una delle migliaia di organizzazioni esistenti.

La tipologia delle organizzazioni di volontariato esistenti è assai varia e va dalle piccole associazioni locali alle grandi istituzioni come la Croce Rossa o l'Esercito della Salvezza. La maggior parte delle organizzazioni di volontariato sono finanziate solo in parte dal Governo centrale e ricevono principalmente i fondi da contributi volontari, lasciati da fondazioni, dal ricavato di attività commerciali oltre che dalle autorità locali; esistono peraltro alcune eccezioni (es. il Servizio Reale di Volontariato Femminile). Il Governo, nel decidere le strategie assistenziali per le persone che ne hanno maggiormente bisogno (handicappati anche mentali, anziani ecc.) tiene in debito conto l'importanza del ruolo del volontariato specialmente in periodi di spesa pubblica crescente (la spesa per i servizi sociali agli anziani è annualmente circa un miliardo di sterline).

Secondo una ampia ricerca sul volontariato resa nota nel 1978 (Wolfenden Committee Survey) circa un terzo dell'aiuto delle organizzazioni volontarie è dedicato agli anziani.

L'attività del volontariato nel settore degli anziani integra quella istituzionale, e talora si svolge dietro richiesta delle autorità locali (ad esempio ciò accade per il servizio

di pasti a domicilio svolto in gran parte del Regno Unito dal Servizio Reale del Volontariato Femminile).

La struttura del coordinamento tra le organizzazioni volontarie, e tra queste e il Governo, è complessa e prevede sia uffici governativi per il raccordo delle attività, sia diversi livelli territoriali di coordinamento del volontariato, fino al livello nazionale rappresentato dal National Council for Voluntary Organizations.

A livello verticale esistono raggruppamenti di organizzazioni di volontariato interamente dedicate ad una certa categoria di beneficiari; per gli anziani c'è una associazione nazionale che raggruppa circa 1300 gruppi locali (1983) ed il cui nome è Age Concern. Questa organizzazione, che ha sedi diverse in Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord, è un'associazione benefica regolarmente registrata il cui obiettivo è quello d'incoraggiare e promuovere misure per il benessere degli anziani. In tutto il paese più di 1.000 "Age Concern" si dedicano a individuare le necessità locali e a fornire aiuti mediante la creazione di circoli, centri diurni, pasti a domicilio, visite amichevoli, vacanze, trasporti e consulenze sui diritti di ciascuno. "Age Concern" dà anche vita a nuovi servizi quando occorrono, entro i limiti dell'organizzazione, e ha una vasta gamma di pubblicazioni su argomenti che possono interessare gli anziani, incluso un giornale trimestrale intitolato "New Age".

"Help the Aged" è un'organizzazione per la raccolta di fondi che lavora nell'interesse degli anziani in Inghilterra e nei paesi d'oltremare. In Inghilterra ha avuto un ruolo importante nella creazione di associazioni edilizie e ora sta sviluppando un programma che coinvolge i grossi proprietari che potrebbero effettuare delle donazioni per la creazione di

appartamentini per gli anziani, conservandone uno a vita per uso personale. Provvede inoltre alla creazione di una rete di miniautobus e finanzia ospedali diurni, centri di riabilitazione e progetti di ricerca. Un'altra importante attività è la pubblicazione di un giornale mensile "Yours", scritto per gli anziani che dà informazioni sui loro diritti e tutta la possibile assistenza. Altre importanti organizzazioni volontarie includono il "Centre for Policy on Ageing" che ha lo scopo di promuovere migliori servizi per gli anziani mediante la ricerca, progetti sperimentali, informazione e servizi di consulenza; il "Women's Royal Voluntary Service" che destina molti dei suoi servizi ai bisogni degli anziani, e particolarmente i pasti a domicilio; "Contact", che incoraggia gli anziani che vivono soli a sviluppare interessi sociali mettendosi in contatto con gli altri, sia vecchi che giovani; la "British Red Cross Society" che fornisce una vasta gamma di servizi destinati al benessere degli anziani confinati in casa e gli invalidi; il "Citizens Advice Bureaux", un servizio volontario di informazione e consulenza che ha più di 900 uffici in tutta l'Inghilterra, che offre una speciale assistenza agli anziani e non, su vari problemi; le Methodist Homes for the Aged che gestiscono molte abitazioni per anziani registrate presso le autorità locali; la Pre-Retirement Association offre consulenza per le opportunità e le pratiche di pensionamento.

CURE MEDICHE

Come tutti in Inghilterra, gli anziani beneficiano dei servizi medici resi disponibili dal Servizio Sanitario Nazionale. La migliore teoria medica attuale tende a prevenire

e a controllare la tendenza all'inattività e all'invalidità, curando alcuni tipi di malattie e promuovendo un pronto ritorno a una vita attiva e, qualora ciò non sia possibile, migliorando le condizioni del paziente per quanto possibile. Il Governo ha incoraggiato una stretta integrazione a livello locale tra servizi sociali e servizi sanitari, ed il Department of health and social security ha organizzato una serie di seminari in differenti parti del paese sia per le District health Authorities sia per le Local Authorities particolarmente centrati sulla cura a livello residenziale.

Normalmente gli anziani occupano quasi la metà dei letti d'ospedale del Servizio Sanitario Nazionale. Poiché il numero di questa categoria, e particolarmente di quelli molto anziani, è in aumento, è probabile che vi sarà maggior richiesta dei servizi ospedalieri. I pazienti anziani possono essere inviati dal loro medico di famiglia in diversi reparti ospedalieri (ad esempio, chirurgia, chirurgia ortopedica, oftalmologia, medicina generale o medicina geriatrica). La medicina geriatrica è una delle specialità che maggiormente ha subito uno sviluppo negli ultimi anni e per incentivare questo sviluppo il Governo crea delle borse di studio in Inghilterra e nel Galles per permettere ai medici generici, o altri che abbiano specialità collegate, un periodo di addestramento di un anno in medicina geriatrica.

Molti ospedali hanno reparti di medicina geriatrica con particolari attrezzature e personale specializzato in modo da fornire un servizio medico generalizzato capace di trattare gli aspetti clinici, preventivi e sociali dei problemi relativi alla salute e alle malattie che colpiscono gli anziani. I day-hospital possono essere utilizzati per la riabilitazione degli anziani che sono stati malati e per il trattamento attivo e il controllo di quelli che possono mantenere la loro indipendenza

o recuperarla.

I pazienti, compresi quelli prossimi a essere dimessi, frequentano l'ospedale per la fisioterapia diurna e la terapia occupazionale, come pure per trattamenti medici, e per acquisire una certa pratica nell'utilizzazione degli strumenti di cura. Alcuni day-hospital istruiscono gli anziani sul modo di cucinare piatti semplici e nutrienti, e rendono disponibili pasti già pronti e mezzi di ristoro. In questo modo gli anziani sono aiutati a vivere a casa loro e ad essere attivi per quanto lo consentono le loro forme d'invalidità o infermità.

Sistemazioni supplementari considerevoli per lunghe degenze sono state create dagli ospedali e dalle nursing homes (1) gestite dai privati nonché dalle organizzazioni volontarie. Vi sono circa 30.000 letti (1983) in tali strutture in Inghilterra e nel Galles, per gran parte occupati da anziani pazienti, e circa 1.500 letti in Scozia. L'organizzazione volontaria "Counsel and Care for Elderly" fornisce informazioni e consulenze sulla vasta gamma di servizi disponibili per gli anziani, specialmente per le nursing homes (1) e in certi casi contribuisce finanziariamente.

ALTRE CURE MEDICHE

L'assistenza si può anche ottenere da dentisti e ottici. Ove sia necessario i dentisti visitano i pazienti anziani a domicilio e possono, in alcune circostanze, iniziarvi un trattamento. Trattamenti di chiropodia si possono ottenere gratis in favore di certi gruppi prioritari, come gli anziani invalidi, che possono essere curati a casa, se necessario.

(1) Nursing home - Secondo il documento di sintesi delle relazioni presentate al Convegno "Non autosufficienza dell'anziano e S.S.N. a confronto" Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma 13-14-15 giugno 1988, il termine "nursing home" è intraducibile e può essere reso con "residenza assistita di tipo sanitario" (Doc. pag. 10); lo stesso documento cita inoltre, come tipologie prevalenti di assistenza, la Old people home, dove prevalgono i servizi sociali su quelli sanitari per persone non autosufficienti, e le Sheltered house, case per persone autosufficienti con sorveglianze in loco. La nursing home è, in Gran Bretagna, normalmente non superiore ai 40 letti.

Negli ultimi anni sul territorio vi è stato un incremento dei servizi quali la fisioterapia, la terapia per i disturbi del linguaggio e dell'ergoterapia. Questi servizi forniscono assistenza a coloro che sono vittime di un'invalidità, specialmente nel caso in cui questa insorge improvvisamente, come accade dopo un attacco. I servizi medici territoriali forniscono anche una serie di servizi infermieristici per coloro che sono invalidi o le cui condizioni richiedono una speciale attenzione e una serie di aiuti acustici e visivi.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

I servizi infermieristici sul territorio sono di solito forniti in stretta collaborazione con quelli del medico di famiglia. Gli infermieri forniscono un'assistenza specializzata e un numero sempre maggiore di autorità locali provvede a fornire un servizio di assistenza infermieristica notturna.

L'infermiere di zona dà consigli generalizzati ai pazienti sul modo di curarsi e li consiglia sui problemi di salute. Visite di informazione sanitaria a domicilio hanno lo scopo di dare aiuto e consulenza agli anziani e alle loro famiglie per permettere loro di meglio comprendere gli effetti dell'invecchiamento e le misure preventive da adottare.

Gli infermieri psichiatrici offrono la loro consulenza circa la cura degli anziani che soffrono di infermità mentali, con il coinvolgimento di altro personale medico.

HOSPICE (ASSISTENZA TERMINALE)

Qualcosa come 55 (1982) hospices provvedono all'assistenza per i morenti sia direttamente nelle case di

cura e sia nelle case dei pazienti mediante una presenza infermieristica o di altro tipo. Circa 22 sono amministrati dal Servizio Sanitario Nazionale. Il resto, la maggior parte del quale è sostenuto da finanziamenti statali, è gestito da organizzazioni caritatevoli indipendenti. La caratteristica principale di queste istituzioni è quella di voler alleviare il dolore come pure di sostenere psicologicamente il paziente e le famiglie. Questa istituzione, originariamente inglese, è diffusa ovunque nel mondo.

IGIENE MENTALE

Le strutture ospedaliere per gli anziani che soffrono di malattie o infermità mentali includono le unità psichiatriche negli ospedali generali e ospedali specializzati nel ramo, ospedali diurni e, in alcune zone, unità per cure a lunga degenza in piccoli ospedali locali.

Gli anziani che soffrono di sintomi da malattia mentale possono esserne affetti dalle forme che colpiscono pazienti di qualsiasi età. Tuttavia, essi sono colpiti da forme patologiche demenziali ben più frequentemente dei giovani. La demenza senile è caratterizzata dalla perdita o dalla diminuzione di certe facoltà mentali, e la percentuale di persone affette da questo tipo di demenza aumenta con l'età.

Gli anziani colpiti in forma lieve possono essere curati a casa loro o in case di cura, quantunque le visite all'ospedale come pazienti esterni o come utenti di day-hospital

siano misure utili a un controllo medico e a superare questa forma d'invalidità per quanto possibile. Coloro che sono colpiti più gravemente hanno bisogno di continua assistenza infermieristica e di controlli come pure di trattamenti ospedalieri, anche se non necessitano di un trattamento completo in un ospedale centrale e possono essere ammessi in piccoli ospedali vicino alle loro abitazioni.

PROGRESSI NEL CAMPO DELLA MEDICINA

Il ministero della Sanità, il Consiglio per la Ricerca Medica e altri istituti per la ricerca promuovono quest'ultima nell'ambito della medicina relativa agli anziani. Tra gli argomenti attualmente in fase di studio vi sono: il cancro, l'incontinenza, l'ipotermia, malattie respiratorie acute e croniche, apoplezia e disturbi associati, diminuzione dell'udito e della vista, disturbi dell'equilibrio, fragilità delle ossa, demenza senile, malattie depressive e stati d'ansietà. Anche la farmacoterapia ha una funzione importante. Nel caso del morbo di Parkinson, ad esempio, la comparsa di farmaci che si sono dimostrati molto efficaci in alcuni pazienti ha permesso la ripresa di un'esistenza più attiva a molti di loro. I progressi fatti nel campo della tecnica biomedica, come la sostituzione delle giunture, si è dimostrata di notevole beneficio per gli anziani che soffrono di dolori artritici o di mancanza di mobilità.

TIPI DI ABITAZIONE

La maggior parte degli anziani vive in alloggi autonomi e quasi la metà di essi sono proprietari delle loro case. Circa il resto, un due terzi sono affittuari del settore statale e un terzo del settore privato. Le speciali necessità degli anziani possono essere coperte in vari modi, ad esempio per mezzo di piccoli alloggi per quelli che sono autosufficienti (inclusi gli ospizi di carità forniti da istituzioni benefiche), creando degli alloggi protetti (sheltered house) dove gli anziani mantengono la loro indipendenza pur potendo contare sulla assistenza in loco, e mediante le case di riposo (residential houses) per quegli anziani le cui infermità impediscono loro di continuare a vivere in modo indipendente. Un'altra soluzione, adottata da alcune famiglie, è la divisione di una casa tra i figli adulti e i genitori; in alcuni casi le due parti della casa sono autonome, offrendo il doppio vantaggio dell'indipendenza per gli anziani e dell'aiuto da parte dei parenti qualora sia necessario.

Gli anziani possono dover far fronte a difficoltà per il pagamento di alloggi i cui costi sono in ascesa, quando il loro reddito cresce più lentamente di quello della popolazione attiva. Il costo dell'alloggio assorbe circa il 18% del reddito netto degli anziani (1982) - una percentuale più alta di quella di qualsiasi altra categoria. Si possono ottenere in vari modi dei finanziamenti e circa due terzi degli anziani sono aiutati in una forma o nell'altra. Essi possono ricevere assistenza dall'autorità locale per mezzo di riduzioni dell'affitto per gli affittuari e una riduzione dei tributi locali sia per i proprietari che per gli affittuari. Le autorità locali in Inghilterra e nel Galles, possono, a loro discrezione, rinunciare

alla riscossione delle tasse dovute dagli anziani proprietari in difficoltà finanziarie o che devono degli arretrati, stipulando un accordo per cui il pagamento avverrebbe al momento della vendita della casa. Il costo del riscaldamento può essere ridotto effettuando dei lavori d'isolamento e, secondo i programmi del "Homes Insulation Schemes", gli abitanti possono ricevere dei sussidi per isolare i loro solai, i serbatoi e i tubi dell'acqua calda e fredda. Le autorità locali possono anche concedere finanziamenti per i costi di riadattamento, miglioramento o restauro.

PROGETTI ABITATIVI

Case particolarmente adatte agli anziani sono costruite dalle locali autorità e da associazioni non speculative. Tali alloggi devono essere conformi a determinati requisiti stabiliti dal ministero competente del governo centrale. Detti requisiti riguardano le finestre, le porte, le scale, i pavimenti, i bagni, i servizi sanitari, gli scaffali e gli attrezzi per la cucina. Le finestre, ad esempio dovrebbero potersi aprire e chiudere facilmente e dovrebbero essere sistemate, come pure le maniglie, le prese e gli interruttori, a un'altezza adatta all'occupante quando seduto o in piedi. Le porte dovrebbero essere dotate di maniglie a leva piuttosto che a pomo e bisognerebbe eliminare le infiltrazioni d'aria dalle porte e dalle finestre. Un ulteriore vantaggio sarà quello della localizzazione delle case o degli appartamenti in prossimità dei locali negozi o trasporti pubblici e, quando possibile, vicino agli amici o ai parenti. Piccoli e facili da gestire, questi alloggi, di cui alcuni sono previsti per persone con problemi di invalidità o di scarsa mobilità, riguardano circa il 60% del programma governativo in questo settore.

ALLOGGI PROTETTI (Sheltered house)

Il numero di alloggi protetti è notevolmente aumentato negli ultimi anni. Alla fine del 1977, le autorità locali, le organizzazioni volontarie e religiose e le società costruttrici in Inghilterra e nel Galles, hanno costruito 450.000 case specialmente destinate agli anziani, di cui più della metà sono protette da una sorveglianza in loco. Lo scopo comune è quello di fornire delle sistemazioni autonome o in forma associativa dove gruppi di anziani possono vivere più indipendenti e allo stesso tempo avere un gran senso di sicurezza, che non avrebbero in un normale alloggio. Alcuni datori di lavoro e fondi pensionistici hanno iniziato a provvedere a questo tipo di alloggio per gli ex impiegati o pensionati. Alcuni progetti di alloggi protetti prevedono servizi comuni, come le cucine, le lavanderie e le stanze da pranzo. Gli operatori sociali sono di solito residenti, ma in un crescente numero di progetti essi sono mobili; in alcuni progetti si prevede un operatore 24 ore su 24 che aiuta gli occupanti non del tutto autosufficienti.

ASSOCIAZIONI EDILIZIE

Le associazioni edilizie volontarie il cui scopo è quello di costruire, riadattare o ristrutturare case da affittare, rivestono un ruolo particolare nei progetti relativi alla sistemazione degli anziani. Tali associazioni sono finanziate principalmente da contributi e prestiti governativi erogati dalle autorità locali o da un ente pubblico chiamato "Housing Corporation", o da donazioni e finanziamenti di organizzazioni benefiche. La Federazione Nazionale delle Associazioni Edilizie offre la consulenza legale, finanziaria e di gestione ai suoi

soci. Nel 1977, quasi la metà degli affittuari di tutte le associazioni edilizie avevano raggiunto o superato i 60 anni di età. Di solito, le associazioni forniscono appartamenti autonomi di una o due stanze da letto, molte volte con una sorveglianza in loco.

Qualcuna tra le associazioni più conosciute: la "Anchor Housing Association", l'"Hanover Housing Association" e la "Royal British Legion Housing Association" che fornisce gli alloggi per i suoi ex membri. Tra altri progetti esistenti per la sistemazione degli anziani sono le "Case Churchill" fornite dalla "Church Army", una organizzazione volontaria di vecchia data, e quelli della "Women's Royal Voluntary Service".

Altri progetti di alloggio per gli anziani includono gli ospizi di carità (almshouses), che sono alloggi amministrati da organizzazioni caritatevoli. In passato alcuni ospizi ricevevano sovvenzioni, ma attualmente la maggior parte conta sui contributi dei residenti per coprire i costi di normale manutenzione e per provvedere alle spese straordinarie. L'associazione nazionale degli ospizi di carità fornisce la propria consulenza e assistenza agli amministratori degli ospizi di carità.

CASE DI RIPOSO

Le case di riposo per anziani che necessitano di particolare cura e attenzione sono amministrate dalle autorità locali, come parte integrante dei loro servizi sociali, come pure da organizzazioni volontarie o da privati. La funzione di una casa di riposo è quella di fornire un'assistenza specializzata e continua in un ambiente confortevole per le persone anziane che, anche se aiutate, non possono vivere

indipendenti a casa loro, ma non sono ciononostante bisognose di continue cure mediche o infermieristiche. Lo scopo principale è quello di creare un'atmosfera in cui i residenti possano vivere quanto più normalmente possibile e in cui la loro dignità personale e la loro personalità siano rispettate. La maggior parte dei residenti entra in queste case, di solito a un'età avanzata, prevedendo di viverci per il resto dell'esistenza. Queste case possono anche essere utili nel caso di un periodo temporaneo di residenza di anziani che desiderino riposo o i cui parenti necessitino di un periodo di vacanza e di pausa nella loro funzione assistenziale. (Le famiglie possono anche ottenere questo genere di temporaneo sollievo dalle loro responsabilità prevedendo una sistemazione degli anziani in altri tipi di strutture). Circa 2.600 (1982) case di riposo per anziani sono gestite dalle autorità locali in Inghilterra, e ospitano circa l'1-5% della popolazione sopra i 65 anni. Queste case di riposo esistono anche in Scozia, Galles e Irlanda del Nord.

LAVORO E TEMPO LIBERO

Malgrado che molte persone accolgano favorevolmente l'età del pensionamento e prevedano la possibilità di dedicarsi maggiormente ai loro hobbies nonché d'intraprendere nuovi interessi, per altri il pensionamento produce angoscia e anche la perdita della prontezza fisica e mentale. In questo secondo caso, tuttavia, un'adeguata preparazione al pensionamento può spianare le difficoltà che possono insorgere.

Le persone che vanno in pensione hanno una base di istruzione e di esperienza da offrire non solo a quelli che

sono in una situazione simile alla loro, ma a una comunità più vasta. Circa un quinto della popolazione anziana appartiene a un'organizzazione volontaria e molte organizzazioni stanno sviluppando più attivamente delle linee d'azione per le assunzioni. Ad esempio la "Retired Executives Action Clearing House", cerca di sistemare pensionati in posti di lavoro presso associazioni di volontariato o altre organizzazioni.

La "Employment Fellowship" che riceve finanziamenti dallo Stato per promuovere e sviluppare i posti di lavoro leggero per anziani, incoraggia inoltre la creazione di centri* per sistemare i pensionati in posti di lavoro adatti a loro.

Generalmente il benessere fisico e mentale all'età della pensione dipende in gran parte dalla capacità di continuare a curare qualche forma d'interesse o di attività. Molte persone a tale scopo mantengono i contatti sociali che avevano all'epoca della vita lavorativa. I circoli sociali si danno molto da fare per attirare i pensionati nella loro sfera di attività, ad esempio, organizzando manifestazioni a prezzi ridotti. I datori di lavoro mantengono sempre di più i contatti con gli ex impiegati, sia attraverso forme associative che con la formazione di gruppi informali, che spesso si concentrano su particolari interessi.

I viaggi e le vacanze sono le maggiori fonti di piacere nell'età della pensione. Vi sono programmi di viaggio appositamente studiati per gli anziani e molte autorità locali provvedono a organizzare vacanze a prezzi moderati. La pensione può essere pagata anche all'estero per periodi di soggiorno superiori ai tre mesi, e si rivaluta come le pensioni pagate nel Regno Unito, se il paese di residenza fa parte della CEE o se ha un particolare accordo con il Regno Unito.

Altri anziani fanno gran uso delle biblioteche. In alcune zone, un servizio di consegna a domicilio dei libri è disponibile per gli anziani soli: in altre, delle biblioteche mobili evitano problemi a persone che non possono muoversi. La stampa a caratteri più marcati e i "libri parlanti" sono molto utili per coloro che hanno la vista ridotta; e si possono ugualmente prendere a prestito, come i libri, registrazioni su nastro, dischi e giochi. Molte biblioteche si organizzano per la consegna nelle case di riposo e nei centri diurni.

L'istruzione destinata agli adulti può offrire agli anziani stimoli preziosi e una forma di piacere molto utile, attraverso corsi diurni e serali istituiti dalle autorità locali, sezioni universitarie distaccate e corpi speciali come la "Workers' Educational Association". Gli anziani spesso formano la maggioranza dei corsi per adulti, e l'"Università Aperta", ad esempio, ha un certo numero di studenti che si sono laureati dopo gli 80 anni. Alcuni anziani danno un attivo contributo all'educazione degli adulti, ad esempio come insegnanti volontari. Possono anche contribuire alla gestione di società d'interesse locale, come le società per la conservazione, quelle per la storia locale, società di musica e di storia naturale, oppure possono aiutare organizzazioni come la "Citizens Advice Bureaux".

REPUBBLICA FEDERALE DI GERMANIA

PREMESSA (*)

In Germania l'assistenza sanitaria, diretta in quanto tale anche agli anziani che ne abbiano bisogno, è coperta da un sistema di Casse mutue e di fondi di assicurazione che hanno avuto origine nello scorso secolo e che sono oggi come allora amministrate in modo decentrato ed autonomo, seppure sono notevolmente scese come numero totale (dai 19.000 fondi del 1885 agli attuali 1.400).

Secondo alcuni autori "il sistema delle mutue esistente in Germania, creato per la popolazione attiva e tuttora basato sulla condizione professionale, si è trasformato in un'assicurazione generalizzata che non fornisce tuttavia nessun tipo di prestazione in caso di necessità di assistenza puramente sociale. Una persona malata ha diritto a prestazioni in natura o in denaro da parte delle mutua obbligatoria, mentre una persona bisognosa di assistenza sociale deve far fronte alle proprie necessità con il suo reddito o il suo patrimonio". (A)

Questo fatto peraltro non ha evitato una crescita delle spese dei fondi di assicurazione fortemente crescente per gli assicurati anziani (D) il che ha provocato un ampio dibattito negli anni '70 sui fondi assicurativi appunto con gli assicurati più anziani (KVDR, mutua dei pensionati) rispetto agli altri fondi o ai fondi generali (GKV mutua obbligatoria): è stato calcolato che ogni assistito dell'assicurazione pensionati ha bisogno del 31% in più di terapie che nella assicurazione generale.

(*) La premessa si basa sui seguenti testi:

(A) I nuovi vecchi - un confronto internazionale a cura di C. Hanan, CIRIEC, 1987

(B) Care delivery systems for the elderly by D. Hunter, University of Bath, 1986

(C) Conference of European Ministers responsible for social affairs, Varsavia 6-11 aprile 1987, rapporti nazionali

(D) Economic Aspects of Strategies for the health care of the elderly, World Health Organisation (WHO), K.G. Wright, University of York

Se quindi le esigenze sanitarie delle persone più anziane hanno comportato di per sè già un maggior carico al sistema di assicurazione sanitaria tedesco, un diverso - seppur correlato - tipo di problema si è delineato per quel tipo di assistenza, nei confronti della persona anziana, di tipo propriamente "sociale" in quanto estraneo al verificarsi di una "malattia" in senso tecnico (Krankheit, ai sensi della normativa sulle assicurazioni).

Le spese relative a questo tipo di assistenze sono a carico del beneficiario o delle collettività in relazione al livello di reddito, in quanto i servizi di assistenza sociali dei comuni intervengono finanziariamente per rendere possibile l'aiuto agli anziani che abbiano redditi inferiori a certi livelli.

In Germania i centri di assistenza infermieristica fanno parte dei servizi sociali (B) e sono gestiti dagli enti locali (Länder e municipalità).

Lo Stato federale ha dettato una normativa base che regola i requisiti minimi di attrezzatura che tali centri di assistenza devono avere per ottenere l'autorizzazione all'esercizio (Legge sulla registrazione del 1974), ma requisiti più alti possono essere richiesti - e normalmente sono richiesti - dalla legislazione Regionale.

I servizi sono a pagamento ma, per il meccanismo di intervento degli enti locali cui prima si è fatto riferimento, fino al 90% delle persone anziane che sono ospitate in questi centri sono a carico delle municipalità, pur profilandosi situazioni locali molto differenziate. In questi centri di ricovero infermieristico non vi sono normalmente medici di servizio, ma ciascun ospite ha o comunque può avere - un proprio medico privato che cura il paziente come paziente esterno.

L'accesso delle persone anziane alle case di riposo è regolato dalle case stesse che decidono l'ammissione verificando che il richiedente abbia determinati requisiti

di autosufficienza. Una normativa del 1984 che ha operato un intervento di tipo restrittivo in tema di assistenza ha scoraggiato tali ammissioni in tutti i casi in cui si potessero ritenere sufficienti i servizi sociali presenti nel territorio, con il risultato che molte case di riposo sono state costrette a ristrutturarsi come centri di assistenza infermieristica.

Per quanto concerne l'edilizia esistono modelli per l'affitto di case protette dove le persone anziane vivono in modo indipendente pagando il canone di locazione, oppure residenze speciali che fanno parte dei programmi di edilizia sociale e che sono destinate agli utenti con bassi redditi.

Tra gli altri servizi vanno ricordati i servizi a domicilio e i pasti a recapito, che sono o a pagamento o forniti da associazioni prive di fini di lucro. Quasi tutte le municipalità hanno inoltre un centro di consulenza ed informazioni per i problemi degli anziani.

Secondo il Kuratorium Deutsche Altershilfe (Curatorio per l'Assistenza agli Anziani 1986, cfr. doc. riportato più avanti) la gran parte delle persone anziane bisognose d'assistenza riceve aiuto da familiari conviventi, mentre solo una minoranza fa affidamento sui centri sociali.

Già nel 1984 lo stesso Curatorio aveva attratto l'attenzione sulle carenze del sistema di assistenza allora in vigore. Il dibattito sull'argomento è in corso e si è alimentato di numerosi contributi; tra questi va citato il lavoro di un gruppo di indagine costituito dalla federazione e dai Länder (BLAG) che ha presentato nel marzo 1980 la sua relazione (A).

In detta relazione sono stati presi in considerazione più scenari della riforma del sistema di assistenza: un primo scenario è stato individuato nell'ambito delle stesse assicurazioni sociali, con tre sotto-ipotesi (nell'ambito della mutua pensionati, nell'ambito della mutua generale, o con una nuova mutua a sè); una seconda ipotesi è basata su una normativa statale di prestazioni assistenziali e

una terza su una normativa federale dello stesso tipo; le due ultime possibilità sarebbero finanziate dal gettito fiscale generale. Nell'ambito degli scenari possibili il BLAG ha individuato quelli praticabili nella istituzione di una cassa mutua autonoma per l'assistenza sociale e in una legislazione quadro di livello federale da attuare a livello statale.

In una relazione del governo federale del 1984 sui problemi inerenti l'assistenza, l'ipotesi di una riforma radicale si è rivelata fuori delle intenzioni.

Più recentemente il Ministro della Germania Federale per gli affari sociali (C) si è espresso nel senso che una politica efficace per gli anziani richiede un sufficiente reddito di mantenimento, con riferimento al fatto che la situazione finanziaria degli anziani nella R.F.G. è di buon livello come in non molti altri paesi nel mondo. In quella occasione il rappresentante del Governo ha ricordato lo sviluppo delle strutture per anziani negli ultimi 20 anni ed, in particolare, come del fenomeno del decremento del personale infermieristico sia nato - come reazione - il primo centro sociale (Sozialstationen), primo di una serie oggi ammontante a 1500. Centro della politica governativa - si è detto - è l'aiuto all'autosufficienza attraverso il rafforzamento delle politiche di abilitazione, la prevenzione dell'ospedalizzazione attraverso la riabilitazione, l'espansione dell'assistenza infermieristica, ecc. Un riferimento è stato fatto al problema pensionistico che interessa tutte le economie sviluppate: per continuare il "contratto di solidarietà tra generazioni" sarà necessaria una riforma che peraltro mantenga l'attuale struttura e comunque il principio di contribuzione.

Qui di seguito vengono presentati alcuni recenti contributi sulla situazione dell'anziano nella Germania Federale, di fonte anche governativa.

da:

Risposta del Governo Federale alla interrogazione di diversi deputati sulla situazioni di vita e le prospettive per il futuro degli anziani.

10a Legislatura Stampati del Bundestag 10/2784 - 23.1.85

Per la grande maggioranza degli anziani è determinante il livello di prestazioni della assicurazione pensionistica di legge. A seguito del principio della pensione dinamica basata sui salari lordi, dalla riforma pensionistica del 1957 i pensionati hanno partecipato in modo continuativo all'incremento del reddito della popolazione attiva.

Dal 1957 ad oggi il potere di acquisto dei pensionati è più che raddoppiato. Le misure di consolidamento degli anni passati non hanno peggiorato la posizione dei pensionati nel sistema di distribuzione dei redditi. Sebbene dal 1980 sia subentrata una leggera recessione del potere di acquisto, essa è corrisposta ad una leggera recessione anche per i lavoratori.

Il livello delle pensioni nette - cioè il rapporto delle pensioni con il reddito netto di lavoratori equivalenti - ammonta oggi a circa il 65% dopo 40 anni assicurativi e a circa il 73% dopo 45 anni assicurativi. Ciò rappresenta - ad eccezione dell'anno 1977 - il livello più alto raggiunto dalle pensioni nette. In questo modo è stato realizzato l'obiettivo della riforma delle pensioni del 1957, e cioè di assicurare ai pensionati una adeguata partecipazione ai profitti dell'economia nazionale.

L'assicurazione pensionistica si basa sul concetto della compensazione del rischio tra gli assicurati. Le prestazioni derivanti da questa comunità solidale vengono essenzialmente finanziate mediante i versamenti dei contributi. L'ammontare della pensione si basa sul numero degli anni di contribuzione e sull'importo dei salari assicurati. In questo viene espresso l'obiettivo politico sociale di assicurare una pensione che sia fondamentalmente caratterizzata dalla dipendenza dai contributi versati in precedenza alla comunità solidale. La assicurazione pensionistica di legge come istituzione sociale che si fonda sul principio assicurativo, non può compensare o coprire tutte le circostanze negative di una vita. Essa pertanto viene completata dal Sussidio di Assistenza Sociale che ha lo scopo di aiutare in tutti quei casi in cui l'assicurazione pensionistica di legge per i motivi più diversi, sia per la brevità del periodo assicurativo, o per bassi contributi volontari o anche a causa di una inadeguata normativa nel passato, non sia in grado di assicurare uno standard di vita adeguato.

La decisione fondamentale presa nella Legge Complementare di Bilancio del 1984 che le pensioni ed i redditi dei lavoratori in futuro debbano evolversi in misura equilibrata, viene realizzata a medio termine anche con la progressiva partecipazione dei pensionati ai contributi per la loro assicurazione malattie. La strutturazione di questo principio nei dettagli dovrà avvenire nel quadro nella successiva riforma strutturale. Nell'analizzare

la situazione di reddito dei pensionati bisogna tener conto anche del fatto che per una crescente percentuale di lavoratori che escono dalla vita attiva l'ammontare della pensione di legge viene integrata da prestazioni delle previdenze di anzianità aziendali, per lo più in forma di una pensione aziendale. Possiamo calcolare che già oggi circa il 35 % dei pensionati godono di una pensione aziendale. La percentuale dei lavoratori che attualmente gode di una forma previdenziale di anzianità da parte dell'azienda ammonta al 65-70%. Secondo una indagine Infratest del 1981 l'importo medio di una pensione aziendale è di 330,- DM mensili.

da:

Das Parlament - Anno 38, Nr. 32 - 5 agosto 1988

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Centro Tedesco per i problemi degli anziani)

Tra gerontologia ed assistenza gli anziani

di Margret Dieck

La programmazione politica ha previsto negli anni '70 una costellazione di tre "Istituti Federali" che dovevano dedicarsi ad aspetti specifici dello sviluppo demografico ed ai problemi ad esso connessi e svolgere corrispondenti attività di informazione e consulenza, e cioè:

- per quanto riguarda lo sviluppo demografico, l'Istituto Federale per la Ricerca Demografica (BIB) a Wiesbaden,
- per quanto riguarda la gioventù, l'Istituto Tedesco per la Gioventù (DJI) a Monaco,
- per quanto riguarda la popolazione anziana, il Centro Tedesco per i problemi degli anziani (DZA) a Berlino.

Il "nano" tra questi istituti è il Centro Tedesco per i problemi degli anziani, fondato nel 1973 a Berlino e sovvenzionato per il 70% a livello federale e per il 30% dal Land di Berlino, ma con amministrazione autonoma. Se tuttavia si prende come punto di riferimento non gli altri Istituti Federali, bensì la situazione della gerontologia della Repubblica Federale Tedesca, il piccolo nano diventa quasi un gigante. Infatti con i suoi soli 18 collaboratori, di cui 8 esperti scientifici, il Centro è il maggiore degli attuali istituti di gerontologia dell'ambito

extrauniversitario ed universitario della Germania. Anche 8 collaboratori scientifici rappresentano un numero notevole, se si pensa che come base della ricerca gerontologica in tutto il territorio nazionale nel 1985 vi erano in tutto solo 35 esperti in tutte le discipline.

Secondo il suo statuto il compito del Centro è di "ampliare, raccogliere, analizzare, elaborare e diffondere le conoscenze sulle condizioni di vita degli anziani". Per realizzare tale obiettivo, il Centro "mette a disposizione le sue conoscenze e documentazioni alle persone e alle organizzazioni interessate, in particolare alle strutture competenti della Federazione, dei Länder, nonché alle organizzazioni pubbliche e private di assistenza sociale." Vi è una divisione del lavoro con l'Istituto di edilizia per anziani del Curatorio Tedesco di Assistenza agli Anziani di Colonia che in particolare svolge attività di consulenza per responsabili di singole iniziative di assistenza ed inoltre porta avanti i relativi progetti di ricerca. In questa divisione del lavoro, il Centro è responsabile per la raccolta e la documentazione sistematica delle pubblicazioni e dei dati rilevanti per l'assistenza agli anziani e la gerontologia sociale, nonché per la preparazione del materiale a questo collegato e per la ricerca applicata e la consulenza.

Fin dai suoi inizi il Centro raccoglie le pubblicazioni sull'assistenza agli anziani in Germania e all'estero e la letteratura specializzata nel settore gerontologico-sociale, soprattutto nell'ambito linguistico tedesco e inglese. Dal 1987

esiste a tale scopo una efficiente banca dati, finora utilizzata per scopi interni, ma che ben presto sarà a disposizione del pubblico.

Per tale motivo il Centro, nel quadro delle sue capacità operative, elabora documentazioni di bibliografia e di materiale su argomenti attuali e rilevanti dal punto di vista politico e scientifico. Esempi degli ultimi anni si riferiscono a: iniziative culturali, dati di base sugli anziani, tariffe delle strutture di assistenza agli anziani. E' in preparazione un compendio delle normative dei Länder per le scuole di formazione di infermieri specializzati per gli anziani. Mensilmente ed annualmente vengono pubblicate bibliografie delle riviste, ad intervalli regolari appaiono documentazioni della ricerca gerontologico-sociale in collaborazione con il Centro di Informazioni di Scienze Sociali di Bonn, ecc.

Nel suo secondo settore principale il Centro Tedesco per i problemi degli anziani effettua ricerca gerontologica applicata. Anche in questo caso gli argomenti vengono selezionati in base alla loro attualità e rilevanza politica e pratica. Negli anni passati gli studi sono stati rivolti all'analisi delle strutture di costi e di prestazioni delle istituzioni di assistenza stazionaria e domiciliare.

Un importante filone operativo è dedicato alle istituzioni dell'assistenza agli anziani e a quelle della Sanità di maggiore rilevanza per gli anziani. La ricerca viene effettuata in parte

sul campo in dimensioni limitate ed in parte si basa sull'analisi di materiali pubblicati. Attività di ricerca proprie si riferiscono alle iniziative autonome di aiuto agli anziani e al lavoro volontario. Attualmente il centro si dedica alla trasmissione di conoscenze gerontologiche nella prassi dell'assistenza agli anziani ed ai rapporti tra le strutture familiari ed organizzate nella cura degli anziani. Da anni inoltre, un argomento fondamentale di studio è la tematica dei lavoratori anziani, attualmente con l'accentuazione della problematica della invalidità precoce.

In quanto istituto scientifico il Centro non effettua lavoro pratico. Vi sono tuttavia delle eccezioni: un progetto precedente si è occupato di lavoro culturale con anziani in condizioni di svantaggio culturale ed un progetto attuale si occupa della utilizzazione delle esperienze degli anziani.

Poiché il piccolo gruppo di collaboratori del Centro può coprire solo selettivamente questo ampio settore, viene utilizzato lo strumento del convegno di esperti per mettere a punto le conoscenze nel settore gerontologico della politica sociale e delle scienze sociali. I convegni di esperti servono anche a rendere utilizzabili per il lavoro con gli anziani e la gerontologia le conoscenze e le esperienze di settori operativi e discipline molto diverse, ad esempio in merito al problema del prepensionamento a partire dal 50mo anno di età (nel 1984) o la discussione sugli effetti qualitativi del crescente invecchiamento della popolazione (1986). Inoltre i convegni

possono essere uno strumento adatto per trasferire le conoscenze e stimolare la discussione. Finora sono stati effettuati sette convegni per docenti universitari interessati al lavoro sugli anziani.

Una propria serie di pubblicazioni "Contributi alla gerontologia" di oltre 70 volumi, soddisfa diversi scopi. In tale serie vengono pubblicati sia i lavori dell'Istituto - elaborazione di materiali, rapporti delle ricerche, relazioni di convegni -, sia i lavori di altre organizzazioni e ricercatori, scientificamente qualificati e rilevanti ai fini pratici. Con questa collana di scritti e con il suo bollettino mensile "Assistenza agli anziani" il Centro adempie ai suoi compiti statutari di diffondere conoscenze ed informazioni nel suo settore di competenza.

da:

Das Parlament - Anno 38, Nr. 32 - 5 Agosto 1988

COMITATI DI ANZIANI / POSSIBILITA' DI PARTECIPAZIONE POLITICA

di Heike Reggentin

Con l'aumentare delle aspettative di vita e l'età pensionistica media di 60 anni, i nuovi anziani rappresentano la prima generazione che ha la possibilità di vivere ancora 20 anni senza la costrizione del lavoro, in relativa libertà e tranquillità. Grazie alla migliore assistenza medica, questo gruppo di persone è più sano, più attivo ed efficiente di quanto lo siano mai stati i suoi predecessori.

L'immagine negativa della vecchiaia che viene diffusa dai media e dalla pubblicità, influisce non solo sui rapporti tra le generazioni, ma anche sulle aspettative degli anziani e sulle loro potenzialità.

Per contrastare tale falsa immagine degli anziani e per affermare l'esigenza di essere protagonisti delle decisioni pubbliche che li riguardano, sono nati i Comitati o le Rappresentanze degli Anziani. Costituiti sulla base di libere elezioni da parte della popolazione ultrasessantenne (con una partecipazione elettorale dal 40 al 60%), essi hanno in comune l'autonomia politica e confessionale.

Mediante il lavoro volontario i Comitati per gli Anziani agiscono nella fase preliminare delle consultazioni politiche per le decisioni che riguardano gli anziani. Essi svolgono attività di

consulenza presso il Consiglio comunale e provinciale e l'amministrazione nelle questioni relative agli anziani e collaborano nella pubblicizzazione delle iniziative nell'opinione pubblica verso la quale hanno i seguenti obiettivi: integrazione, emancipazione, partecipazione degli anziani e soprattutto il sostegno delle persone socialmente più deboli nel senso di "aiuto ad aiutarsi da soli".

Alla metà del 1988 vi erano in tutto il territorio della Germania circa 190 Comitati o Rappresentanze di anziani e in permanenza ne vengono costituiti di nuovi in Comuni di tutte le dimensioni. La possibilità di agire mediante la consulenza, l'ascolto o come cittadini esperti rappresenta per essi un'attività di grande interesse. Anche se le Giunte comunali continuano a restare l'organo decisionale, tuttavia, per lo meno nel settore della politica per gli anziani, trovano nei Comitati una competenza specifica che si riflette nella loro accettazione come interlocutori.

Questo è il loro significato politico: rafforzamento del settore pre-parlamentare, politica vicina ai cittadini, impiego efficiente delle scarse disponibilità finanziarie dei comuni.

Nonostante un pregiudizio molto diffuso, il lavoro o l'influenza sul processo politico non si limita al settore sociale nel senso dell'assistenza agli anziani. L'attività dei collaboratori dei Comitati degli Anziani copre tutti i settori sociali. In corrispondenza alle suddivisioni comunali ed amministrative essi collaborano:

- nel settore della cultura (cura e miglioramento della propria qualità di vita)
- nel settore edilizio ed abitativo
- nella pianificazione dei trasporti e delle infrastrutture
- nel mantenimento ed ampliamento delle relazioni sociali
- nelle questioni sanitarie
- nei lavori di informazione e diffusione all'opinione pubblica
- nella partecipazione politica specifica.

Il riconoscimento dei Comitati degli Anziani da parte delle amministrazioni e dei politici è stato conquistato mediante la loro partecipazione alla politica comunale. Il 64 % dei Comitati prendono parte alle sedute delle Giunte per gli Affari Sociali e il 26 % di essi viene invitato alle sedute delle Giunte per la Cultura, l'Edilizia ed i Trasporti. Oltre tre quarti dei Comitati per gli Anziani vengono regolarmente informati dalle autorità sui problemi di attualità. Solo l'11% delle amministrazioni comunali in cui esistono i Comitati per gli Anziani hanno finora rinunciato totalmente alla loro consulenza.

Di regola i Comitati sono indipendenti, anche se circa il 80% di essi riceve un piccolo finanziamento dal Comune. Tale finanziamento attualmente è in media di 4.000 - 5.000 DM l'anno, ma tale somma aumenta se essi realizzano autonomamente programmi per anziani.

Nei Comitati per gli Anziani si incontrano più frequentemente le seguenti classi sociali: impiegati (circa 29%), casalinghe (circa

26 %), statali (23%), artigiani ed operai (17%) e professioni autonome (5%). E' stato dimostrato che l'esperienza politica non costituisce un presupposto per l'impegno, poiché solo 11% delle persone interessate aveva avuto in precedenza una certa dimestichezza con la vita politica.

In futuro i Comuni dovranno affrontare problemi molto complessi nel settore della politica per gli anziani: l'allungamento della vita ed il progressivo aumento della popolazione anziana faranno sentire i loro effetti in diversi campi. I Comitati per gli Anziani aiutano già da oggi alla soluzione dei compiti del futuro.

Nel settore degli alloggi ciò comporta forme abitative alternative, come piccole comuni, miglioramento delle condizioni abitative e promozione degli "alloggi protetti". Per il futuro maggiore bisogno di assistenza ed il miglioramento della situazione assistenziale i Comitati hanno intenzione di promuovere una Assicurazione per l'Assistenza e di migliorare le aliquote tariffarie esistenti.

L'isolamento della vecchiaia viene combattuto mediante incontri di gruppo, corsi di lavori manuali e manifestazioni culturali. Mediante la istituzione di corsi universitari, studi per anziani, scambi di esperienze, e contatti con le scuole, i Comitati cercano di venire incontro alle esigenze delle future generazioni di anziani.

La loro importanza politica risiede sicuramente nella attivazione della loro classe di età e nel mettere a frutto l'esperienza, anche politica, di vita.

da:

Das Parlament - Anno 38, Nr. 32 - 5 agosto 1988

Problemi dell'assicurazione della vecchiaia

di Heinrich Rieker

A pieno ritmo gli esperti stanno lavorando alla riforma della struttura pensionistica che dovrà spianare la strada ad un consolidamento finanziario delle future pensioni. L'intervento è estremamente urgente, poiché in caso di mancata modifica delle normative attualmente in vigore, le finanze delle pensioni dopo il 1990 incontreranno grosse difficoltà e le riserve della Cassa Anzianità scenderanno sotto il limite prescritto dalla legge. A causa del lungo periodo di rodaggio delle misure di ristrutturazione, è necessario agire fin da ora affinché tali iniziative possano avere effetto tempestivo.

I fattori che a lungo termine erodono maggiormente le finanze pensionistiche sono soprattutto i seguenti:

- Il "monte pensioni": a seguito dello sviluppo demografico, un numero sempre inferiore di contribuenti deve mantenere un numero sempre maggiore di pensionati. Il numero dei pensionati inoltre aumenta poiché le persone vanno in pensione sempre prima: infatti, se alla metà degli anni '70 l'età media della pensione era di 62 anni, oggi è già di 60. Al tempo stesso aumenta l'aspettativa di vita. Entrambi questi fattori, l'inizio anticipato della pensione e la maggiore durata media della vita, fanno aumentare gli esborsi della assicurazione pensionistica. Dal punto di vista delle entrate coloro che vanno in pensione

anticipatamente rappresentano una mancanza di contributi, e sotto l'aspetto dei costi essi godono della pensione prima e più a lungo. Tuttavia in futuro il numero dei contribuenti diminuirà anche a causa della diminuzione delle nascite, con la conseguenza che se oggi cento cittadini attivi mantengono con i loro contributi 48 pensionati, nell'anno 2005 questi ultimi saranno già 65 e nel 2030 - ammettendo che resti invariata la curva delle nascite - saranno addirittura oltre 100.

- Gli interventi dei politici nella normativa delle prestazioni. Negli anni 70 e nei primi anni '80 l'assicurazione pensionistica è stata gravata di riforme sociali i cui costi non erano coperti, interamente o parzialmente, dai contributi degli assicurati. I costi di questi regali elettorali incidono ancora oggi sulla Cassa Pensioni con miliardi annui. Il contributo federale, tuttavia, il cui compito è di rimborsare all'Assicurazione Pensioni le sue prestazioni "non assicurative" (ad esempio periodi sostitutivi, ecc.) non è affatto intervenuta in misura adeguata all'andamento di tali prestazioni. Tale contributo raggiunge attualmente appena il 17,5 % delle spese pensionistiche, mentre 30 anni fa ne costituiva il 32 %. Le prestazioni non assicurative, tuttavia, rappresentano circa un terzo delle spese pensionistiche.

- Dal 1983 l'Istituto Federale per il Lavoro deve versare per i suoi beneficiari contributi pensionistici sono in misura minima.

- L'adeguamento delle pensioni basato sul salario lordo fa sì che le pensioni che, ad eccezione dei contributi di assicurazione malattie, sono praticamente redditi netti, aumentano sempre in misura maggiore che non i redditi netti della popolazione attiva quando aumentano i loro versamenti, cioè tasse ed oneri sociali. In questi ultimi anni tuttavia il Governo ha più volte frenato questa dinamica delle pensioni mediante interventi nella formula di calcolo pensionistico.

La riforma prenderà spunto soprattutto da questi elementi che costituiscono forti acceleratori di spesa. I politici dovranno creare i presupposti per uno spostamento dell'età pensionistica o per pensioni parziali, dovranno aumentare il contributo federale alla Assicurazione Pensioni, rivalutare i periodi sostitutivi, ad esempio di studio, basare l'adeguamento delle pensioni alla crescita dei salari netti della popolazione attiva (e non come oggi ai salari lordi), dovranno aumentare il contributo dell'Istituto Federale del Lavoro, armonizzare i sistemi di assicurazione pensionistica dei pensionati privati e statali e forse introdurre tagli per i beneficiari di una pensione flessibile.

I progetti di una pensione base finanziata fiscalmente hanno scarse prospettive di successo politico. Ciò equivarrebbe ad un livellamento verso il basso del trattamento di anzianità, contraddirebbe il principio assicurativo ed il concetto di prestazioni, sarebbe discutibile dal punto di vista

costituzionale, nella fase transitoria porterebbe ad oneri finanziari insopportabili, ed infine aumenterebbe l'influenza dello Stato.

Un fatto è certo: anche una riforma pensionistica il più drastica possibile non potrà impedire un forte aumento dei contributi pensionistici fino all'anno 2030.

da:

IV Rapporto del Governo sulla famiglia

La situazione degli anziani nella famiglia

Pubblicazione del Bundestag 10/6145 - 13.10.86

8.2 Infrastrutture dei servizi sociali per gli anziani come sostegno, complemento e sostituzione dell'assistenza familiare.

Le prestazioni dei servizi sociali di prevenzione e di assistenza si rivolgono a tutti coloro che si trovano in stato di bisogno o che rischiano di incorrere in una situazione di bisogno. Per la riuscita della convivenza di diverse generazioni i servizi sociali sono di grande importanza. Essi creano i presupposti che promuovono e consentono l'aiuto ed il sostegno reciproci.

Gli obiettivi dei servizi sociali sono quelli di promuovere il mantenimento dell'autonomia (prevenzione) e la sua ristabilizzazione (terapia) nonché l'inserimento sociale (integrazione) e la sua ricostituzione (reintegrazione).

I servizi sociali vengono tradizionalmente differenziati dal punto di vista della struttura organizzativa in servizi domiciliari, semistazionari e stazionari. Tali differenze organizzative vengono sovente equiparate alle caratteristiche della qualità e dell'intensità dei servizi. Cioè viene presupposto che i servizi che completano, aiutano e sostituiscono la famiglia seguano necessariamente una linea verticale, nel senso di una "strada a senso unico": dapprima servizi

domiciliari, poi semistazionari ed infine stazionari. Una tale interpretazione delle forme organizzative dei servizi sociali contraddice tuttavia le conoscenze gerontologiche e l'esperienza geriatrica.

Il concetto delle strade a doppio senso esige tuttavia, rispetto alla situazione attuale, una maggiore molteplicità di possibilità intermedie tra l'ambito domestico e le istituzioni stazionarie e la creazione di corrispondenti condizioni quadro.

Iniziative autonome ed aiuti della comunità

Una accentuazione delle iniziative autonome e degli aiuti da parte dei familiari, amici e vicini deve tener conto dei limiti delle capacità e dello spirito di sacrificio delle famiglie. Particolarmente importante per il rafforzamento di questa rete sociale privata è il sostegno di quelle persone sulle cui spalle grava il peso principale dell'assistenza.

Queste devono essere messe in grado di prestare continuamente il loro aiuto. Fa parte dell'aiuto ai familiari che i loro propri compiti e lavori vengano svolti da altri e che essi possano riposare. La disponibilità ad aiutare chi assiste, e non la persona direttamente bisognosa di assistenza, presuppone un diverso atteggiamento di generosità. Anche i servizi sociali pubblici dovrebbero poter essere utilizzati in questa forma indiretta a favore degli anziani.

Gruppi di iniziativa autonoma

I numerosi gruppi di iniziativa autonoma costituitisi negli ultimi tempi in diversi settori comprendono anche quei gruppi il cui obiettivo è di aiutare gli altri, ma al tempo stesso anche di aiutare sé stessi (come ad esempio la "Compagnia della buona volontà", un folto gruppo di attivi pensionati che restaurano, e ristrutturano gli edifici o i centri di importanza sociale e nel contempo sperimentano il riconoscimento sociale nel gruppo e nell'opinione pubblica).

Servizi domiciliari

I servizi domiciliari comprendono tra l'altro:

- visite e consulenze
- soggiorni di riposo e cure termali
- vita sociale e cultura
- servizi di comunicazione
- servizi di aiuti domestici
- servizi di recapito di pasti
- servizi di assistenza sociale ed infermieristica

Tutti questi servizi vengono anche definiti "aperti" poiché sono aperti a tutti coloro che desiderano servirsene e poiché vengono in prevalenza effettuati a domicilio. E' da considerare in merito che le visite e la consulenza, le attività sociali e culturali, e le catene telefoniche sono servizi gratuiti. I servizi di recapito dei pasti vengono forniti di regola a costi politici (eventualmente sovvenzionati); i soggiorni di riposo, le cure termali ed i servizi di assistenza medica ed infermieristica

vengono calcolati secondo i tariffari dell'ente erogatore di competenza, mentre gli aiuti domestici vengono per lo più saldati "privatamente".

Visite e consulenza

I servizi di visita e di consulenza sono prevalentemente diretti agli anziani che vivono da soli. Entrambi questi servizi hanno lo scopo di allacciare ed ampliare i contatti sociali, nonché fornire a chi ne ha bisogno utili informazioni e consigli per affrontare le difficoltà quotidiane ed il futuro.

Periodi di riposo, convalescenza, cure termali

I servizi di visita e di consulenza sono anche importanti per informare sulle esistenti possibilità di soggiorni termali, di riposo e di convalescenza ed avviare le misure necessarie alla loro realizzazione. Spesso le persone anziane non "osano" richiedere tali servizi poiché ritengono che non valga più la pena, perché non conoscono i loro diritti, perché temono di gravare finanziariamente sui familiari, oppure perché hanno timore di lasciare il loro ambiente domestico e doversi adattare a un ritmo di vita estraneo.

Attività sociali, culturali, sportive

Le attività sociali, culturali e sportive hanno lo scopo di contrastare il rischio di isolamento ed il restringimento dell'orizzonte individuale e sociale. Ma poiché ogni persona possiede caratteristiche individuali, vi è chi mantiene la sua

socialità e cultura anche quando è solo, e chi ha bisogno di stimoli e di sostegno per mantenere la sua socialità e le sue attività mentali (ad esempio, training della memoria). La socialità e la cultura vengono offerte nelle forme più diverse (ad esempio centri di incontro per anziani, club per anziani, corsi universitari, ecc.) Le attività sportive per gli anziani riguardano soprattutto il nuoto, il ballo, la ginnastica.

Catene telefoniche/Chiamate di emergenza via radio

Le catene telefoniche hanno una doppia funzione. Esse assicurano i diversi partecipanti alla catena sulle buone condizioni di salute reciproche, permettendo nel contempo di avviare tempestivamente misure di aiuto immediato in caso di necessità, e svolgono anche la funzione di contatto quotidiano e di comunicazione generale.

La tecnica del radiotelefono viene ora utilizzata in misura crescente anche nei servizi sociali. Premendo un pulsante su un trasmettitore portato in permanenza sulla persona, in caso di improvvisa necessità di aiuto, la segnalazione arriva alla centrale e viene attivato un immediato servizio di soccorso.

Servizi di aiuti domestici

Questi servizi possono essere rivolti alla gestione familiare nel suo complesso, oppure anche ai singoli anziani.

Il "Servizio di aiuto familiare" offre un aiuto ad ore o a giorni nel disbrigo delle faccende domestiche per il caso in cui i familiari che assistono la persona anziana non autosufficiente

non siano in grado temporaneamente di provvedere alle esigenze della casa e della famiglia (ad esempio in caso di malattia). Nel quadro della gestione familiare, il "Servizio di aiuto domestico" presenta spesso anche aspetti educativi, assistenziali ed infermieristici. Il "Servizio di aiuto familiare" è fondamentalmente inteso come attività professionale.

Numerosi aiuti domestici per persone anziane che vivono da sole sono invece servizi non professionali, effettuati da associazioni di volontariato, ed in funzione di situazioni specifiche (ad esempio sgombero della neve, lavori di giardinaggio, acquisto di generi alimentari, riordino e pulizia dell'abitazione, lavaggio biancheria, ecc.)

Servizi di pasti

Il servizio di recapito dei pasti è aperto non soltanto agli anziani non autosufficienti, bensì a tutti coloro che ne hanno necessità. Il servizio comprende di regola uno o due pasti giornalieri (a mezzogiorno e alla sera) e può essere utilizzato quotidianamente oppure una volta alla settimana (per 7 giorni). I pasti vengono recapitati a domicilio sia come alimenti surgelati oppure in confezioni sottovuoto.

Servizi di assistenza terapeutica ed infermieristica

L'offerta di servizi domiciliari comprende sia l'assistenza base sia i servizi infermieristici ed è sottoposta al controllo medico. I servizi di assistenza domiciliare sono offerti sia per i casi di emergenza, sia come servizi regolari (ad esempio per

diversi giorni, una volta al giorno, due volte al giorno). I servizi di assistenza a domicilio sono diretti soprattutto alle persone malate, ma, a seconda della struttura organizzativa, anche alle persone anziane non autosufficienti.

SERVIZI SEMISTAZIONARI

Funzione di alleviamento. Per motivi individuali o sociali (familiari) può essere opportuno o necessario ricorrere a servizi semistazionari, e cioè strutture comunitarie in grado di ospitare una persona durante il giorno, per alcuni giorni o anche per alcune settimane. Il loro intento è di favorire sia l'anziano che necessita cure specifiche (ad esempio riabilitazione o misure terapeutiche specifiche), sia eventualmente la famiglia che lo assiste (attività lavorativa dei familiari, temporanea mancanza dei servizi domiciliari, ecc.)

I servizi semistazionari hanno pertanto una funzione di alleviamento sia per il singolo individuo (anziano) sia anche per le persone del suo ambiente familiare e sociale.

Organizzazione. I servizi semistazionari non offrono una assistenza completa, bensì sono a tempo determinato (solo la mattina o il pomeriggio, solo durante il giorno, solo di notte, durante le ferie dei familiari o dei collaborati dei servizi di assistenza domiciliari).

Tali servizi semistazionari vengono svolti di regola da istituzioni di assistenza agli anziani, come case di riposo e di cura, eventualmente dai reparti geriatrici degli ospedali o da

istituzioni specifiche (case di cura diurne, cliniche diurne o notturne, centri di assistenza, ecc.) che devono disporre anche di corrispondenti servizi di trasporto. Tali servizi facilitano il passaggio dal proprio ambiente domiciliare alle strutture comunitarie e viceversa.

SERVIZI STAZIONARI

I servizi stazionari comprendono tutte le forme di assistenza che si svolgono nell'ambito di una istituzione. La loro caratteristica comune consiste nel fatto che la persona deve lasciare la propria abitazione ed il suo ambiente sociale e trasferirsi temporaneamente o definitivamente in una istituzione. Di solito i servizi offerti nell'ambito di tale istituzione sono differenziati secondo la qualità e l'intensità, cioè secondo il grado delle necessità individuali.

Circa il 5% degli anziani oltre 65 anni vivono in circa 6.700 istituzioni. Il numero delle strutture ed il numero dei posti sono in continua crescita. L'incremento relativo maggiore è stato registrato dalle istituzioni private.

Residenze per anziani

Il trasferimento in una residenza per anziani viene di regola prescelto per motivi di abitazione in una struttura più adeguata all'età. Lo svantaggio rispetto ad un ambiente più limitato rispetto al precedente alloggio è compensato dai vantaggi della comodità, della sicurezza e spesso anche del confort sanitario.

Qualora le condizioni logistiche lo consentano, è possibile portare nella residenza per anziani anche i propri mobili, al fine di conservare il più possibile inalterata la propria identità personale.

Case di riposo

L'alloggio nelle case di riposo per anziani riduce (rispetto alle residenze) l'autodeterminazione degli anziani, che sono vincolati allo svolgimento organizzativo della istituzione (orari dei pasti fissi, orari per le pulizie, ecc.). Il raggio di azione sociale si limita all'ambiente circostante, spesso alla sola struttura stessa. In caso di malessere o di malattia sono disponibili servizi di assistenza infermieristica e medica.

Case di cura per anziani

L'offerta di questi servizi comprende la cura e l'assistenza totali ed il ricovero di anziani affetti da malattie croniche e non autosufficienti. Tali servizi sono caratterizzati da particolari attrezzature logistiche e da un elevato numero di personale. Per una assistenza riabilitativa, per il miglioramento delle condizioni generali ed il mantenimento delle forze residue, nonché per la terapia delle malattie croniche è necessaria una direzione medica. Le case di cura per anziani non sono ospedali geriatrici o reparti geriatrici di ospedali, ma sono analoghi ad essi per quanto riguarda le attrezzature e le "unità terapeutiche".

Enti erogatori dei servizi

I servizi di assistenza stazionari, semistazionari e domiciliari vengono erogati in prevalenza dalle Confederazioni dei Liberi enti assistenziali (L'Associazione Caritas tedesca, l'Opera Diaconica, la Confederazione paritetica delle organizzazioni assistenziali libere, la Croce Rossa Tedesca, l'Organizzazione di Assistenza dei Lavoratori, il Consiglio centrale degli Ebrei), che riunisce gli enti di interesse collettivo che si occupano di assistenza sociale e medica.

Oltre a questo molti Comuni ed altre istituzioni pubbliche offrono servizi di assistenza, soprattutto nell'ambito delle strutture stazionarie. Nei tre settori vi sono anche imprese private che offrono i loro servizi sul "mercato". Negli ultimi anni le iniziative private di reciproco aiuto, che comprendono spesso molti volontari, registrano un continuo aumento per quanto riguarda la loro diffusione e molteplicità.

Non si può tuttavia disconoscere che i servizi di assistenza sociale e medica entrino in misura sempre crescente in concorrenza tra loro: il medico di base tende ad assistere il più a lungo possibile i "suoi" pazienti nell'ambito del suo studio e delle sue competenze territoriali; l'organizzazione dei servizi domiciliari risulta più conveniente dal punto di vista dei costi (ed anche più proficua) quando la densità territoriale dei casi è più elevata; le strutture stazionarie ad alta intensità di costi aspirano ad avere il minor numero possibile di letti non occupati.

In molti casi questo atteggiamento concorrenziale si è sviluppato in una collaborazione attiva e paritetica a favore dei pazienti e delle Casse malattia (ad es. la cooperazione tra i medici di base ed i Centri di assistenza sociale).

Necessita invece di miglioramenti la cooperazione tra i servizi di assistenza domiciliari e stazionari. Questo potrebbe essere dovuto, tra l'altro, al fatto che le strutture stazionarie sono tenute a tenere a disposizione una determinata capacità ricettiva.

Nell'opinione pubblica si è spesso discusso il problema del cumulo dei diversi servizi (come ad esempio la diagnosi) come elemento di lievitazione dei costi. Si tratta qui di un problema di fiducia ed anche di concorrenza. La situazione di concorrenza tra i servizi di assistenza sociale e medica domiciliari e stazionari è connessa alle diverse basi di finanziamento: si tratta quindi soprattutto di problemi di diritto assicurativo che dovranno essere risolti.

L'organizzazione dei servizi domiciliari nei Länder Federali (in alcuni Länder a livello capillare su tutto il territorio) viene effettuata nei "Centri di Assistenza" degli enti di interesse collettivo. Essi comprendono sia servizi di assistenza sociale che medica destinati non solo agli anziani, ma anche a familiari malati o impossibilitati a svolgere l'assistenza e vengono effettuati da infermieri, infermieri specializzati per gli anziani, fisioterapisti, ergoterapisti, logoterapisti, ecc.

Questi servizi domiciliari comprendono di regola anche l'addestramento (corsi) per l'assistenza domiciliare agli anziani, training (ad esempio per i bambini handicappati) e riattivazione da parte dei componenti familiari, consulenza, assistenza spirituale (nei centri di assistenza ad orientamento confessionale) ed intermediazione di altri supporti complementari (aiuto casalingo, recapito di pasti, ma anche servizi speciali, come consulenza educativa, nelle tossicodipendenze ed altri servizi psicosociali).

Il sistema della "rete progressiva" è un sistema di assistenza a più livelli intercambiabili tra loro, con diversi enti erogatori di prestazioni che esercitano la loro influenza ad uno o più livelli di assistenza. A questo scopo sono necessarie pertanto "Azioni concertate" che non si basino sul singolo caso isolato e neppure sui singoli deficit, bensì si basino

- sul singolo nel suo ambiente familiare (sociale)
- sulla visione complessiva della rete inclusi i suoi interscambi
- sulle caratteristiche regionali della situazione di bisogno

Le "Azioni concertate" già realizzate (ad es. gruppi di coordinamento regionali per l'approntamento di servizi di assistenza sociale e medica domiciliare, nonché servizi psichiatrici) devono spesso affrontare il problema dell'attribuzione dei costi. Vi è la necessità di normative univoche, trasparenti e pratiche onde evitare che nonostante la

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

clausola generale contenuta nel Codice del diritto sociale,
l'aiuto necessario venga prestato solo quando è stato individuato
l'ente competente a sostenerne i costi e questi si è dichiarato
disponibile ad assumerli.

da:

Der Rote Faden (Il filo rosso)

Pubblicazione di consigli agli anziani edita dal Ministero Federale per la Gioventù, la Famiglia, le Donne e la Sanità, Marzo 1968

TIPI DI ALLOGGIO

L'appartamento per anziani è un appartamento separato. Esso è disponibile singolarmente in "normali" case mono o bifamiliari, ma anche in caseggiati composti esclusivamente da appartamenti per anziani.

L'appartamento adatto per gli anziani deve essere strutturato dall'inquilino stesso o dal padrone di casa in modo tale da eliminare ostacoli o pericoli. Ciò vuol dire innanzitutto liberare l'appartamento da eccessivi mobili accatastati, l'eliminazione di punti di inciampo, come tappeti sdruciolevoli, la disposizione della spina del telefono e piccole trasformazioni o nuove installazioni e modifiche.

La residenza per anziani è costituita da singoli alloggi separati che gli anziani possono arredare con i propri mobili. Chi abita nelle residenze per anziani può, a seconda delle proprie inclinazioni condurre una vita totalmente autonoma, oppure riunirsi con altre persone in una comunità. Il vantaggio rispetto all'appartamento per anziani è che qui le persone in caso di necessità possono essere assistite e curate da personale specializzato. Nella maggior parte delle residenze per anziani vi sono locali comuni che possono essere utilizzati da tutti i residenti.

La casa di riposo è prevista per quegli anziani che non vogliono o possono avere una vita casalinga autonoma ma non necessariamente necessitano di cure o sono costretti a letto. Nella casa di riposo i residenti, oltre all'alloggio, godono di assistenza sociale e medica. Le case di riposo più recenti dispongono in prevalenza di camere singole con propria toilette, lavandino e doccia o bagno. Nelle case di riposo di costruzione meno recente vi sono camere a un letto e a due letti, in alcuni casi anche camere a tre letti. I residenti che hanno bisogno - temporaneamente o in permanenza - di cure mediche vengono accolti in un apposito reparto di cura.

Le case di cura e gli ospedali geriatrici servono alla cura e all'assistenza di anziani lungodegenti. Spesso tale sistemazione è necessaria dopo una degenza ospedaliera e serve soprattutto a migliorare le condizioni generali del paziente e a conservarne le forze residue.

Quando gli anziani vengono normalmente assistiti dai familiari, e a causa di malattie o di ferie di questi ultimi tale assistenza viene a mancare, vi è la possibilità dei ricoveri a breve termine. Per alcuni giorni, settimane, o anche per alcuni mesi, gli anziani che necessitano di assistenza possono essere accolti in case di residenza o in case di cura per ritornare poi a casa quando la famiglia è nuovamente in grado di assisterli.

Se i familiari sono occupati in attività lavorative, esiste la possibilità di accoglienza in case di cura diurne. Di notte e al

fine settimana è la famiglia che provvede all'assistenza a domicilio, mentre durante il giorno questa è assicurata dalla casa di cura.

Spesso queste diverse istituzioni sono riunite o disposte nelle immediate vicinanze. Ciò ha il vantaggio di facilitare agli anziani in molti casi il passaggio - ad esempio dall'appartamento per anziani o dalla residenza alla casa di cura geriatrica, senza dover trasferirsi in un ambiente completamente nuovo, bensì solo ad un altro piano o nell'edificio adiacente.

La Legge sulle case per anziani.

La Legge sulle residenze per gli anziani, le case di riposo e le case di cura per anziani, tutela i residenti di queste comunità e consente loro determinati diritti, che sono stati creati appositamente per essi. La tutela viene realizzata soprattutto mediante un controllo delle Case per anziani da parte delle autorità: per gestire una casa per anziani è necessaria una licenza speciale che in determinate condizioni può essere anche rifiutata o revocata. Ciò avviene ad esempio se dai residenti viene richiesto un pagamento che è in un rapporto sproporzionato rispetto ai servizi offerti, oppure se non vengono rispettati determinati criteri minimi di dotazioni edilizie e di personale. Questi criteri valgono ad esempio per i locali e per gli impianti sanitari.

Importanti normative della legge sulle case per gli anziani sono inoltre:

1. Contratto ed informazioni:

Tra il responsabile della Casa per anziani (cioè il proprietario o il gestore) ed il residente deve essere in ogni caso stipulato un contratto. Chi gestisce una casa per anziani è obbligato ad informare l'aspirante ad un posto nella casa per anziani, per iscritto e prima della stipula del contratto, sui servizi e le dotazioni offerte dalla casa, nonché sui diritti ed i doveri del residente.

2. Democratizzazione della vita nelle case per anziani

I residenti nelle case per anziani devono eleggere un comitato di residenti tramite il quale essi influiscono sulle questioni della gestione della casa, come l'alloggio, le condizioni di soggiorno, l'ordine interno, il vitto e l'organizzazione del tempo libero.

3. Prestazione e contropartita

Tra prestazione e contropartita (compenso) deve esistere un rapporto di proporzionalità. Oltre il pagamento concordato non devono essere promessi o concessi ulteriori compensi per il ricovero.

4. Consulenza da parte delle autorità

Coloro che risiedono o intendono risiedere in una casa per anziani possono rivolgersi per informazioni e consigli sui loro diritti e doveri agli Uffici di Assistenza Sociale dei Comuni di competenza.

SUSSIDI DI ASSISTENZA SOCIALE

Qualora la pensione non sia sufficiente al mantenimento, o addirittura non vi sia alcuna pensione o altra forma di assicurazione della vecchiaia, la Legge Federale per i sussidi sociali stabilisce che riceve un sussidio sociale chi non è in grado di mantenersi autonomamente e neppure riceve il necessario sostentamento dai suoi familiari.

I sussidi vengono erogati dagli Uffici di Assistenza Sociale.

Fa parte degli sussidi sociali anche l'assistenza agli anziani che necessitano di cure. Nei casi gravi viene pagato il sussidio di assistenza che attualmente ammonta a 299,- DM al mese e che viene adeguatamente aumentato se le condizioni della persona richiedono una maggiore assistenza.

Per i casi di non autosufficienza totale il sussidio di assistenza è di 812,- DM al mese.

Qualora il familiare o la persona che si occupa dell'assistenza dell'anziano non sia in grado, a causa della sua attività, di effettuare sufficienti versamenti per le proprie assicurazioni sociali, l'Ufficio di Assistenza Sociale si fa carico dei relativi contributi.

I residenti in case di riposo ricevono una certa somma in contanti per le loro piccole spese, qualora i costi di mantenimento nella comunità siano a carico dell'Assistenza Sociale.

Vi sono due tipi di sussidi sociali, e cioè il sussidio di mantenimento ed il sussidio per situazioni particolari, che comprende il sussidio per gli anziani.

Citiamo qui di seguito alcuni esempi per i due tipi:

Sussidio di mantenimento:

Nel caso che la persona interessata o il coniuge non abbia redditi sufficienti, non possa più svolgere attività lavorativa e non disponga di propri beni patrimoniali oppure di un patrimonio che rientra nei beni protetti previsti dalla Legge per l'Assistenza Sociale (il patrimonio protetto può includere anche una piccola casa di abitazione o depositi bancari fino ad un certo importo, ad esempio, per le persone sole fino a 2.500,- DM), questa ha diritto a percepire il "Sussidio di mantenimento". Esso può essere versato una tantum, più volte o regolarmente: il tipo, l'entità e la forma del sussidio di mantenimento si basano sulle condizioni finanziarie individuali. Dall'ammontare del sussidio viene dedotto totalmente il reddito personale. Il sussidio di mantenimento permanente è stabilito secondo aliquote fisse che vengono adeguate all'aumento del costo della vita. A questo si aggiungono i costi per l'alloggio, dai quali tuttavia viene dedotto il contributo per la casa, ed i costi del riscaldamento.

In determinati casi, ad esempio al compimento del 60mo anno di età, viene riconosciuto uno stato di maggior necessità pari al 20% dell'aliquota fissa. Oltre ai versamenti correnti vengono concessi in caso di necessità anche sussidi straordinari, ad es. per l'abbigliamento e per l'approvvigionamento di materiale di riscaldamento.

Sussidi per situazioni particolari:

Anche le persone che normalmente sono in grado di mantenersi da sole possono trovarsi temporaneamente in difficoltà finanziarie. Per questi casi vi è il "sussidio per situazioni particolari", dal cui ammontare - diversamente che non per il "Sussidio di Mantenimento" - non viene fondamentalmente detratto il reddito personale al di sotto di un certo limite di entrate.

Il "Sussidio per situazioni particolari" viene concesso, ad esempio per:

- terapie mediche, qualora non vi sia alcuna assicurazione malattie,
- ricoveri ospedalieri,
- soggiorni termali, che sono necessari a parere del medico di fiducia o del medico legale,
- l'acquisto di protesi, occhiali, apparecchi acustici, sedie a rotelle e scarpe ortopediche,
- l'assistenza a domicilio, e
- l'assistenza presso una comunità di anziani.

Le suddette iniziative includono il "Sussidio per gli anziani" che mira a prevenire, superare o mitigare le difficoltà dell'età avanzata. Il loro scopo è di far sì che gli anziani possano prendere parte il più autonomamente possibile alla vita della comunità. Il "Sussidio per gli anziani" viene concesso ad esempio:

- per l'acquisizione ed il mantenimento di una abitazione adatta all'anziano,

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- per l'acquisizione di un posto in una casa di riposo,
- per servizi di assistenza e di aiuto specifici per gli anziani, come ad esempio il "Pranzo su ruote", i servizi di lavori casalinghi, ecc.,
- per il mantenimento dei contatti con i familiari - che possono includere anche le spese di viaggio per la visita di familiari in occasione di festività,
- per la partecipazione a manifestazioni o spettacoli come teatri e concerti.

Questi sono solo alcuni esempi dei numerosi casi in cui può essere richiesto il Sussidio dell'Assistenza sociale per gli anziani.

Tuttavia in casi particolari, ad esempio se la situazione di necessità è sopravvenuta per colpa dell'interessato, questi può essere tenuto a restituire i sussidi di assistenza sociale ricevuti. In determinate condizioni anche gli eredi sono tenuti alla restituzione.

Diverso da tale tipo di restituzione è il rimborso delle prestazioni effettuate dall'Assistenza Sociale come anticipo, ad esempio per la ritardata liquidazione della pensione. In tali casi l'Ufficio di Assistenza Sociale ha il diritto di rivalsa sui figli o sugli eredi.

da:

ASSISTENZA SOCIALE E MEDICA NELL'ETA' AVANZATA

Pubblicazione del Curatorio Tedesco per l'Assistenza agli Anziani
- 1986

Nella Repubblica Federale Tedesca vivono attualmente circa nove milioni di individui di età superiore a 65 anni ed in futuro la loro percentuale rispetto alla popolazione attiva tenderà ad aumentare. Infatti, mentre nel 1985 solo il 20 per cento della popolazione aveva oltre 60 anni, nell'anno 2000 saranno probabilmente già il 25% e nel 2030 addirittura il 35%.

Ciò significa un invecchiamento progressivo della popolazione. Questo deve essere inteso sia a livello di singoli individui, in quanto l'aspettativa media di vita negli ultimi 100 anni si è pressoché raddoppiata ed oggi è pari a 70,2 anni per un neonato di sesso maschile e di 76,9 anni per un neonato di sesso femminile; sia per la popolazione nel suo complesso poiché aumenta soprattutto la percentuale delle persone anziane: già nel 1990 le persone di ottanta anni ed oltre saranno oltre due milioni, mentre nel 1950 erano poco più di mezzo milione.

Molte persone anziane necessitano di aiuto e di assistenza: da indagini effettuate in diverse grandi città è risultato che circa il 12-15% delle persone oltre 65 anni dipendono dall'aiuto di altri per poter condurre una vita dignitosa.

Il Governo Federale, secondo una indagine pubblicata nel 1980, calcola a circa 2 milioni in numero delle persone bisognose di assistenza in Germania.

Solo una parte relativamente piccola di tali persone vive in comunità e in altre istituzioni analoghe, mentre circa 1,6 milioni vivono nelle proprie abitazioni.

Suddividendo tutti coloro che vengono assistiti a domicilio secondo il loro grado di necessità di assistenza, ne risulta il seguente quadro:

Persone totalmente non autosufficienti (circa 12%).

Queste necessitano di cure intensive e dipendono totalmente dagli altri per quanto riguarda l'assistenza quotidiana. Il loro numero si aggira attualmente sulle 220.000 persone di cui circa 170.000 di oltre 65 anni e 110.000 di oltre 80 anni.

Persone scarsamente autosufficienti (23 %).

Necessitano in notevole misura di aiuto ed assistenza infermieristica ed organizzativa, ma sono parzialmente autonome. Il loro numero ammonta attualmente a oltre 430.000 persone, di cui poco più di 300.000 in età di oltre 65 anni e 160.000 in età di oltre 80 anni.

Persone parzialmente bisognose di assistenza (51%)

Hanno bisogno di cure di minore intensità ed in parte anche di un aiuto domestico. Il loro numero si aggira al momento su 940.000 persone di cui poco più di 530.000 in età di oltre 65 anni e 210.000 in età di oltre 80 anni.

Oltre a queste persone malate esiste attualmente anche un gruppo di circa un milione di persone bisognose che per diversi motivi

hanno bisogno di un aiuto nelle faccende domestiche o di altri tipi di aiuti. Di queste circa 680.000 hanno 65 oltre anni e 420.000 hanno oltre 80 anni.

Delle circa 1,6 milioni di persone bisognose di cure che (nel 1978) vivevano nella propria abitazione, il 63% riceveva aiuto da familiari conviventi e solo il 12% aiuti da servizi domiciliari, come i Centri di Assistenza sociale. La famiglia quindi può essere a ragione definita come il maggiore supporto assistenziale. L'onere principale dell'assistenza viene svolto da una parte dall'altro coniuge, che per lo più è anch'esso in età pensionistica e sovente non più in buone condizioni fisiche ed in parte anche dai figli.

Per i familiari che assistono gli anziani malati si tratta di un compito estremamente gravoso. In quale misura essi debbano reprimere i propri bisogni, rinunciare a determinati obiettivi nella vita o in ogni caso modificare le proprie abitudini, è dimostrato dai seguenti risultati di una indagine:

- il 33% di tutte le persone che assistono un familiare anziano dedica quotidianamente oltre sei ore per la cura e l'assistenza del malato.
- il 6% di tutte le persone ha registrato effetti negativi sulla sua attività professionale; per le persone ancora relativamente giovani che si occupano di un familiare anziano gravemente malato, tale percentuale sale fino al 56%.

- il 50% dei familiari ha registrato effetti negativi sul proprio tempo libero
- il 45% dei familiari non ha potuto trascorrere periodi di vacanza senza limitazioni.
- il 37% dei familiari ha registrato pregiudizi per la propria salute.
- il 28% dei familiari ha riscontrato effetti negativi sulla propria situazione finanziaria.

Tale oneroso compito riguarda soprattutto le donne che assistono i loro mariti, madri, padri, suocere o suoceri malati, oltre al "normale" svolgimento dei lavori domestici, non di rado occupandosi anche della casa, della famiglia e della professione.

A livello federale esistono numerose istituzioni che offrono informazioni, consulenza ed aiuto per gli anziani bisognosi di assistenza ed i loro familiari. Oltre agli Uffici di Assistenza Sociale dei Comuni e delle Province, vi sono i numerosi centri di assistenza delle Confederazioni dei Liberi Enti Assistenziali.

Operano a livello federale:

- l'Ente di Assistenza dei Lavoratori
 - la Caritas Tedesca
 - la Confederazione Tedesca Paritetica degli enti assistenziali
 - la Croce Rossa Tedesca
 - l'Opera Diaconica
 - il Centro di Assistenza degli Ebrei in Germania
- con le loro associazioni locali, provinciali e regionali e le istituzioni ad esse collegate.

Gli Uffici di Assistenza Sociale dei Comuni o delle Province si occupano di tutte le questioni relative all'assistenza degli anziani e dei familiari che li curano. Naturalmente la loro struttura ed organizzazione è diversa a seconda della popolazione e del territorio. A Bonn, ad esempio, l'Ufficio di Assistenza Sociale è costituito da 5 piccoli gruppi di persone che concentrano la loro attività su un diverso settore cittadino. Inoltre da diversi anni la città di Bonn ha predisposto su un autobus un cosiddetto "Municipio su ruote" che si sposta nei diversi quartieri recando a domicilio degli anziani non autosufficienti per la compilazione di formulari, domande di sussidi, espletamento di pratiche e certificati, ecc.

Presso numerosi Comuni esistono inoltre Comitati per gli anziani, sorti verso la metà degli anni '70 come associazioni per la tutela degli interessi della categoria ed attualmente in numero di circa 140, formati da anziani stessi, che oltre a disporre di centri di consulenza per il pubblico, hanno lo scopo di promuovere e diffondere tutte le attività comunali nel settore degli anziani.

Centri di assistenza domiciliare

I Centri di assistenza domiciliare, in generale emanazione degli Enti Assistenziali, si sono dimostrati estremamente utili per la cura e l'assistenza domiciliare degli anziani. Organizzati a livello locale o regionale con personale specializzato e coadiutori essi prestano la loro opera fundamentalmente a

pagamento, ma in molti casi i costi possono essere assunti in tutto o in parte dalla Cassa Malattie o dall'Ufficio di Assistenza Sociale del Comune.

I loro compiti comprendono in generale:

- la cura e l'assistenza domiciliare dei malati,
- l'avviamento di iniziative collaterali di assistenza sociale,
- l'addestramento dei familiari all'assistenza degli anziani,
- l'attivazione degli aiuti del vicinato e dei volontari, compreso il loro addestramento.

I compiti medico-infermieristici dei Centri di assistenza comprendono:

- l'assistenza generale (aiuto per vestirsi e spogliarsi, coricarsi ed alzarsi, igiene personale, preparazione e somministrazione dei pasti),
- cure infermieristiche (sostituzioni di fasciature, medicazioni di ferite ed altre cure affidate dal medico)
- cure riabilitative (terapia occupazionale e motoria, ginnastica rieducativa)
- la cura e l'accompagnamento dei morenti.

I compiti sociali dei Centri mobili comprendono le seguenti attività:

- visite domiciliari per l'accertamento degli aiuti necessari,
- colloqui di sostegno per promuovere i rapporti interpersonali ed evitare l'isolamento e la solitudine,

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- affidamento ai familiari e ai vicini di semplici lavori di assistenza
- consulenza sulla occupazione del tempo durante la malattia a letto, in casa e nella famiglia
- intermediazione di sussidi di comunicazione di diverso tipo (ad esempio persone che leggono ad alta voce ai non vedenti e deboli di vista)
- aiuti per il mantenimento dei contatti sociali esterni, soprattutto per le persone sole
- stimolo alla partecipazione ad attività sociali e gite
- intermediazione di contatti con gruppi di iniziativa personale
- sostegno nella costituzione di gruppi di solidarietà telefonica e di visita
- informazioni ed intermediazione di aiuti di altre istituzioni (ad esempio servizi per la spesa, per cucinare, per la biancheria, per i pasti, per le riparazioni)
- aiuti nei rapporti e nella corrispondenza con le autorità e gli uffici pubblici
- consulenza ed aiuto per il trasferimento in ospedale, case di riposo o di cura.
- iniziative culturali per gli anziani.

Oltre ai servizi di assistenza domiciliare, gli enti di assistenza ed i Comuni offrono tutta una serie di altri servizi a domicilio.

Innanzitutto i servizi dei pasti che forniscono in modo continuativo o per un certo periodo di tempo pasti caldi pronti

alle persone anziane. Tali pasti vengono portati a domicilio da persone motorizzate come "pasti su ruote" oppure serviti come "mensa stazionaria" in case di riposo, centri di incontro o in altre comunità. I "Pasti su ruote" possono essere recapitati caldi giornalmente, oppure una volta alla settimana surgelati, consentendo all'anziano una maggiore libertà di scelta del cibo e dell'orario del pasto. Anche la partecipazione ad una "mensa stazionaria" nelle vicinanze dell'abitazione ha il vantaggio di stimolare i contatti umani esterni e la partecipazione alle altre attività del centro.

Aiuti nei lavori domestici

Questi devono contribuire a far sì che l'anziano possa svolgere autonomamente il più a lungo possibile i lavori casalinghi. Fanno parte di questi aiuti soprattutto i servizi di pulizia, l'acquisto dei generi alimentari, piccoli servizi tecnici ed artigianali e la cura della biancheria. Gli aiuti per i lavori domestici vengono di regola prestati, sotto la guida di una persona specializzata, da esperti collaboratori, in prevalenza obiettori di coscienza che svolgono il servizio civile. Essi provvedono anche a portare il carbone dalla cantina nell'appartamento, staccano e rimontano le tende, aiutano nei lavori di giardinaggio ed accompagnano la persona interessata quando deve uscire.

Servizi di pulizia e riparazioni

Vengono effettuati da gruppi organizzati di collaboratori o singole persone come aiuto specifico nei lavori casalinghi e in

quelle attività che risultano impossibili o estremamente gravose per l'anziano. Oltre alla pulizia dei pavimenti, scale, mobili ed impianti igienici, i servizi di riparazione comprendono piccoli lavori artigianali casalinghi che per la loro scarsa entità non vengono effettuati dall'artigiano professionale.

Servizi biancheria

Sono servizi ancora non molto diffusi e servono ad alleviare gli anziani, in caso di necessità, del lavoro di lavaggio e di cura della loro biancheria, che viene ritirata e riportata pronta per essere riposta nell'armadio.

Servizi di trasporto e di accompagnamento

Il loro compito è di consentire a persone anziane, soprattutto con difficoltà motorie, di svolgere le loro commissioni fuori di casa e di partecipare a manifestazioni, soprattutto in caso di grandi distanze e di mancanza di mezzi di trasporto adatti. I servizi di trasporto e di accompagnamento vengono utilizzati dagli anziani in prevalenza per visite mediche, per assistere a funzioni religiose e per partecipare a manifestazioni di ogni genere. I servizi di trasporto e di accompagnamento vengono effettuati per lo più da volontari delle associazioni assistenziali e religiose.

Servizi di lettura e di scrittura

I servizi di lettura servono non solo all'intrattenimento degli anziani, ma anche al mantenimento dei loro contatti sociali e

della loro attività intellettuale. I servizi organizzati di scrittura hanno lo scopo di aiutare le persone anziane malate o con vista difettosa nel disbrigo della corrispondenza, soprattutto nella redazione di lettere e formulari con le autorità. Anche questi servizi vengono svolti in prevalenza da gruppi di volontari collegati ad organizzazioni assistenziali o religiose.

Servizi bibliotecari mobili

Forniscono materiale di lettura a domicilio agli anziani, soprattutto a quelli con difficoltà motorie. Per gli anziani con difetti di vista sono disponibili libri stampati in caratteri grandi. I servizi a domicilio sono in prevalenza organizzati dalle biblioteche comunali e pubbliche e comprendono anche il prestito di dischi, cassette, videonastri e videocassette.

Servizi di cure igieniche

Questi comprendono:

- Pulizia del corpo (aiuti nella cura dell'igiene personale e bagno)
- Manicure e pedicure
- Cura dei denti
- Cura dei capelli
- Cosmetica

Terapia domiciliare

Come servizi terapeutici domiciliari vengono presi in considerazione soprattutto tutte le forme della terapia motoria (ad es. scuola di deambulazione, ginnastica), di terapia fisica (ad es. massaggi, bagni medicati) e della terapia occupazionale ed ergoterapia (ad es. esercitazione nelle operazioni quotidiane ed attività funzionali). Queste terapie vengono eseguite da personale specializzato sotto la responsabilità di un medico.

Case di cura per brevi periodi

Queste case di riposo dotate di attrezzature medico-infermieristiche consentono il ricovero di persone anziane e malate per alcune settimane, qualora i familiari curanti siano essi stessi malati o desiderino andare in ferie.

Case di cura diurne

Nelle case di cura diurne le persone anziane bisognose di assistenza possono essere assistite durante la giornata, con la possibilità di trascorrere la sera, la notte ed il fine settimana tra le proprie quattro mura. L'obiettivo principale delle case di cura diurne è di aiutare gli anziani a continuare vivere il più a lungo possibile nella propria casa. A questo mirano anche i numerosi stimoli fisici, intellettuali e sociali ed i sostegni terapeutici che vengono qui offerti.

Servizio di radiotelefono

Per le persone anziane che vivono da sole stabilmente o anche temporaneamente, la Caritas di alcune città offre dal 1983 un importante aiuto: essere possono collegarsi ad un servizio di chiamate telefoniche di emergenza collegato via radio con la centrale della Caritas. Si tratta di un apparecchio radio delle dimensioni di due scatole di fiammiferi da portare in tasca o appeso al collo: in caso di necessità è sufficiente premere un pulsante o tirare un cordoncino per avere immediatamente il collegamento telefonico 24 ore su 24 senza dover sollevare la cornetta. La centrale si mette quindi in contatto con un vicino, che in precedenza si è dichiarato disponibile ad aiutare in tali casi, e qualora risulti la necessità di altri tipi di aiuti, la centrale provvede immediatamente ad attivarli. In tal modo si può evitare che una persona caduta sulle scale vi resti senza aiuto perché non riesce a raggiungere il telefono.

S V E Z I A

PREMESSA

Da secoli la cura e l'assistenza degli anziani in Svezia è una attribuzione delle municipalità (A, 11)* che si è evoluta da una forma di mutua assistenza, spesso limitata da un punto di vista non soltanto economico, ad una forma erogata da pubblici servizi.

Tra i punti di arrivo più recenti di questa evoluzione vi è la legge sui servizi sociali del 1982, che ha previsto un generale obbligo per le municipalità di fornire adeguata assistenza agli anziani e agli altri gruppi che ne hanno bisogno.

Per gli anziani in particolare un passo avanti notevole fu effettuato già nel 1940, quando fu diversificata la posizione degli anziani, ai fini dell'assistenza, da quella dei poveri in generale, prevedendo in definitiva un intervento atto a restituire dignitose condizioni residenziali per chi ne avesse bisogno, e un supporto alla autonomia residenziale per chi ne fosse in grado. Su questa linea sono stati predisposti servizi diversificati descritti all'interno de "La cura degli anziani in Svezia" più avanti riportato.

(*) La seguente premessa è basata sul materiale seguente, cui si fa riferimento nelle indicazioni bibliografiche (A), (B), (C), etc. (il numero si riferisce alla pagina):

(A) Rapporto della Svezia alla Conferenza dei Dicasteri europei responsabili degli affari sociali, Varsavia, 6-11 aprile 1987.

(B) Managing Longer Term Care Services. Rapporto della Landstingsförbundet, 8 ottobre 1987, pp. 1-12.

(C) Proposta governativa 1987/88 n. 176 sulla cura degli anziani negli anni '90, in "Bollettino di informazioni parlamentari e ministeriali", 1988, n. 20 p. 12 (trad. it. non uff.).

(D) Restaurare una casa di riposo è costoso, in "Bollettino di informazioni parlamentari e ministeriali", 1988, n. 20 p. 11 (trad. it. non uff.).

(E) The people's old-age pension in Sweden: past, present and future, S.E. Olsson, Swedish Institute for social research, Rep. ser. n. 216, 1987.

(F) Housing, care and service for elderly and old people - the situation in Sweden, B. Soderstrom, F. Viklund, marzo 1986.

(G) Old age care in Sweden, G. Sundstrom, maggio 1987.

A distanza di oltre quaranta anni un lungo cammino è stato fatto lungo le due direttrici dell'assistenza sanitaria nelle istituzioni e dell'assistenza sociale con i servizi di supporto.

Una ricerca condotta nel marzo 1986 (F) dal Ministero per la pianificazione territoriale ha stimato l'intervento sociale dello Stato e degli enti locali a favore delle persone anziane in 30 miliardi* di SEK (valori 1981). Di questi, 20 miliardi sono stati dedicati all'assistenza in senso stretto degli anziani, mentre 10 miliardi sono andati all'assistenza medico-sanitaria e psichiatrica degli ultrasessantacinquenni.

I 20 miliardi sono stati così distribuiti: 50% per l'assistenza medica a lungo termine, 25% per gli ospizi e il restante 25% per i servizi relativi agli edifici, all'aiuto sociale a domicilio e all'assistenza medica a domicilio. Vale a dire che il 75% è stato relativo all'assistenza "istituzionale" e il 25% alle così dette forme aperte di aiuto tese a mantenere l'anziano indipendente nel proprio ambiente di vita (E).

La tendenza oggi è quella di privilegiare, ove possibile, questo secondo aspetto e comunque di integrare l'assistenza sociale e sanitaria. In Svezia (F), il primo tipo di assistenza è fornita dalle autorità locali (finanziate sia dai contribuenti con prelievi locali sia - per il 35% circa - dal Governo centrale), mentre la seconda è fornita dalle contee che, peraltro, possono acquistare servizi dalle stesse autorità locali.

Una particolare assistenza "pubblica" fornita dalla Svezia (e condivisa dalla Norvegia) è quella che si basa sul sostegno finanziario ai parenti degli anziani affinché li assistano nella loro propria casa. La filosofia dell'intervento è che in tal modo si risparmino costi di ospedalizzazione spesso impropria, ottenendo nel contempo un tipo di assistenza che si presenta gradita all'anziano bisognoso. Va sottolineato che questo tipo di assistenza non è peraltro diffusissimo e dipende comunque da decisioni delle autonomie locali (G).

(*) 1 corona svedese = 224,7 lire media 1981

Un altro aspetto rilevante all'interno del problema degli anziani è quello dell'assistenza ai lungo degenti.

La nuova legge svedese sul servizio sanitario del 1° gennaio 1983 ha previsto, come nuova caratteristica qualificante dell'utente del servizio, il bisogno di cure a prescindere dalle condizioni relative al sesso, al reddito o anche all'età. Potrebbe quindi dirsi, seppure in modo piuttosto drastico, che le strutture assistenziali dei comuni non forniscono specifica assistenza di tipo sanitario agli anziani (B, 2).

Tale principio è complementare con quello per il quale la persona anziana deve vivere, per quanto possibile, presso la propria casa e i propri cari, il che avviene per circa il 90% dei pensionati in Svezia. Peraltro, con l'aumentare dell'età, si accresce il bisogno dell'aiuto anche di tipo sanitario da parte della comunità (B, 3). Uno dei tipi di soluzione al problema dell'assistenza più adeguata per gli anziani, a livello sia sociale che sanitario è l'istituzione dei "gruppi di progettazione dell'assistenza" che, in numero di 700 circa nell'autunno 1984, forniscono consulenza individuale alle contee (B, 3-6).

Per quanto concerne invece l'assistenza sanitaria non domiciliare* si rileva un incremento del consumo di questo tipo di assistenza all'aumento dell'età: nel gruppo di età dai 65 ai 69 anni l'uso medio di tale assistenza era 7 giorni all'anno (1982); nel gruppo di età 80-84 anni l'uso medio era di 37 giorni all'anno, per salire a 77 giorni di assistenza all'anno per gli anziani ultraottantacinquenni. In altri termini, è possibile dire che gli ultraottantenni (il 3,4% degli svedesi) assorbono il 40% di tutta l'assistenza non domiciliare. Una ricerca del 1983 rivela che dei 52.000 pazienti a lungo termine, il 90% erano ultrasettantenni.

Nell'ambito della più larga nozione dell'assistenza socio-sanitaria, recentemente il Governo svedese, attraverso il ministro per gli affari sociali e sanitari Gertrud Sigurdsen, riconfermata nell'attuale governo nominato dopo le elezioni del sett. 1988, ha

(*) Si tratta dell'in-patient care, che include l'assistenza agli acuti, ai lungo degenti e ai malati di mente.

proposto una serie di soluzioni e principi per la cura degli anziani nel prossimo futuro (C).

Gli anziani che vorranno restare in casa potranno farlo grazie ad una estensione dell'attuale servizio domiciliare, che sarà reso più ampio per quanto concerne i servizi e più esteso per quanto riguarda l'orario. Coloro che vorranno vivere in comunità avranno case per anziani più comode e "più simili alla loro casa". La lungodegenza non dovrà più essere un "deposito" degli anziani ma dovrà essere informata al criterio della riabilitazione. Questo criterio sarà attuato in futuro non centralmente ma localmente, cioè nelle stesse forme residenziali degli anziani: casa propria, casa con servizio (servicehus) o case di cura e di riposo.

Molte case di riposo sono vecchie e dovranno essere restaurate per offrire a ciascuno una stanza propria e il bagno. Anche qui si dovrà tener conto nella maggior misura possibile dei desideri degli anziani ospiti.

Il ministro Sigurdson ha fatto inoltre riferimento anche agli anziani immigrati, al fine di ampliare l'assistenza linguistica in modo da vincere il loro eventuale isolamento.

Gli anziani, afferma la proposta, hanno lo stesso diritto degli altri ad una buona assistenza malattie, quindi non dovrà aver luogo nessuna scelta prioritaria basata sull'età.

Una delle soluzioni più concrete della proposta riguarda la cura da parte dei parenti.

Dal 1° luglio 1989 si propone che, chi lo desidera, potrà restare a casa per assistere un parente stretto gravemente ammalato, in casa propria, assentandosi quindi dal lavoro a tempo pieno o tempo parziale, ma conservando una retribuzione: questa sarà pagata dall'Assicurazione malattie (Sjukförsäkringen).

Il periodo massimo sarà di 30 giorni per parente.

In futuro, afferma il governo, potrà essere possibile consentire un periodo assistenziale più lungo.

La proposta sottolinea comunque che da parte dei parenti l'offerta di assistenza deve essere pienamente volontaria: cioè, la società non deve sottrarsi alla propria responsabilità in questo campo (proposte del genere erano state presentate già nel Rapporto ufficiale SOU 1983:64).

Già oggi gli enti pubblici (comuni e amministrazioni di contea) stipendiano parenti che assistono i loro malati. Il che, commenta il governo, si dimostra una scelta valida e dovrà essere estesa in futuro.

Tuttavia questo contributo da parte degli enti pubblici è possibile quando la persona che assiste è già in pensione. In futuro il pensionato che assiste in casa il coniuge malato dovrà avere un assegno in contanti.

Gli anziani e gli handicappati che lo vorranno, potranno inoltre in futuro avere maggiori possibilità di trasferire la loro particolare forma residenziale e l'assistenza da un comune ad un altro o da una contea ad un'altra.

Nell'ambito dell'assistenza agli anziani, è stata anche sottolineata l'opportunità di una maggiore considerazione per le organizzazioni e le associazioni, almeno quelle dei pensionati, e ciò, per esempio, relativamente alle attività che attualmente hanno luogo nei centri diurni o in relazione ai compiti curati oggi dal servizio domiciliare (hjemjävsten) (come gli acquisti di provviste etc., le pulizie, etc.)

Oggi la cura degli anziani è divisa in due settori principali: la parte sanitaria, cioè la cura delle malattie, di cui è responsabile il Landsting (amministrazione di contea), e la parte sociale (servizi etc.) di cui è responsabile il comune.

Questa ripartizione dà luogo ad un doppio lavoro, con dispersione delle risorse e degli sforzi - constata il governo nella proposta.

Sarebbe assai più opportuno affidare ai comuni la responsabilità e la gestione complessiva, globale, della cura degli anziani, quindi l'assistenza sanitaria domiciliare, le attività diurne, tutti i tipi di abitazioni (case con servizio, comunità di gruppo, casa propria, case di cura locali).

Un aspetto importante dell'assistenza agli anziani consiste nel supporto abitativo; recentemente sono stati resi noti (D) i risultati di un'indagine svolta congiuntamente dalla Commissione per la sicurezza sociale e la sanità e dalla Commissione per la casa. Nel promemoria "come alloggeranno gli anziani" (1988) il gruppo di studio insediato dalle Commissioni ha effettuato alcune proposte, formulate anche dopo un esame concreto di alcune realtà abitative.

Il gruppo di studio ha proposto:

- che gli anziani che possono vivere in propri appartamenti siano favoriti nell'ubicazione, cioè che siano loro assegnati appartamenti vicini ai parenti o amici;
- che sia più facile "cambiare" un alloggio in casa-servizio (service-bostad) da un comune all'altro, sempre per lo stesso motivo;
- che, a breve termine, si predispongano unità abitative temporanee per anziani affetti da demenza senile che oggi vivono in istituti e che, a lunga scadenza, si faccia lo studio e l'inventario delle istituzioni di questo genere e si proceda ad un miglioramento generale programmato;
- che il sistema di contributi e di tasse sia conformato in modo da non ostacolare o pregiudicare l'intenzione degli anziani di restare nella propria casa;
- che si proceda alla revisione delle regole dei contributi statali per l'assistenza sociale domiciliare (social hemhjälp) in modo da stimolare l'estensione dell'attività serale, notturna e di guardia;
- che i comuni appoggino gli esperimenti consistenti nell'invio a domicilio di merci varie nelle zone scarsamente popolate.

Il rapporto contiene anche lo studio della situazione abitativa attuale e una previsione per il 2000.

La massima parte degli anziani vive a casa propria. Solo il 10% degli ottantenni-ottantaquattrenni vive in istituto: tale percentuale aumenta a quasi il 30% quando si tratta di ottantacinquenni ed oltre.

Il numero dei posti nelle case di riposo (älderdomshem) è diminuito fortemente negli ultimi anni, ma d'altra parte sono state create più case con servizi (servicehus). E cioè, negli anni '80, la diminuzione di 100 posti nelle case di riposo (älderdomshem) è stata compensata in media con 170 nuovi "appartamenti in case con servizi".

LA CURA DEGLI ANZIANI IN SVEZIA***SVILUPPO DEMOGRAFICO**

La popolazione della Svezia assommava, ai primi del 1987, approssimativamente a 8,4 milioni di persone, ripartite piuttosto equamente fra i due sessi. Circa il 17% della popolazione è in età superiore ai 65 anni e, quindi, in maggioranza, in pensione. L'aumento della durata della vita e un ristagno nello sviluppo demografico sono alcune delle cause che portano a un continuo aumento della percentuale di anziani in Svezia. L'esistenza media è di 73,8 anni per gli uomini e di 79,7 anni per le donne.

Il numero delle persone in età superiore ai 65 anni continuerà ad aumentare nel periodo che va fino al 1990, con un'accentuazione nell'aumento delle classi più anziane. Il numero delle persone fra i 90 e i 94 anni, ad esempio, marcherà un incremento decisivo attorno alla fine del secolo.

Percentuale dei pensionati dai 65 anni in su

Anno	% della popolazione	Persone
1975	15,2	1.251.000
1980	16,4	1.360.000
1990	17,9	1.491.000
2025	20,0	1.673.000

(*) Tratto da: Notizie sulla Svezia, redatte a cura del Servizio informazioni svedesi per l'estero, ed. it. ottobre 1987; i dati sono - ove possibile - integrati con la corrispondente ed. inglese "Old age care in Sweden", feb. 1988.

Percentuale delle persone oltre gli 80 anni

Anno	% dei pensionati	Persone
1975	18,0	225.000
1980	19,3	263.000
1990	23,7	354.000
2025	24,4	400.000

Il crescente numero di anziani comporterà un intensificarsi delle richieste di interventi sociali tendenti a dare agli anziani il massimo della sicurezza, dell'assistenza e delle cure. Lo sviluppo della società svedese, con la sua trasformazione strutturale, i grandi esodi della popolazione, la crescente presenza delle donne nella vita produttiva al di fuori delle pareti domestiche, ha addossato, in misura sempre maggiore, la cura degli anziani alla società. Attualmente, tuttavia, la maggior parte delle cure è affidata agli stessi individui singoli, ovviamente coadiuvati dai vicini e dai parenti.

PRINCIPI IMPORTANTI PER LA CURA DEGLI ANZIANI

In questi ultimi anni, si è svolto in Svezia un dibattito di fondo riguardante il modo di concepire le condizioni sociali, i diritti ed altri aspetti degli individui. Ed è stato raggiunto un accordo di massima intorno a certi concetti di principio e, in seno agli enti sociali, sanitari e ospedalieri, si condivide la stessa impostazione di base per la formazione dell'assistenza futura.

Nel 1982 entrava in vigore una nuova Legge sui Servizi Sociali (Socialtjänstlagen). Si tratta di una legge quadro che si

propone di sottolineare il diritto del cittadino all'assistenza. Ogni cittadino che in qualunque situazione possa aver bisogno di aiuto, ha perciò il diritto di reclamare tale assistenza, qualora le sue esigenze non possano essere in altra maniera soddisfatte. Obiettivo di questa legge è quindi quello di garantire all'individuo un tenore di vita accettabile.

Gli enti pubblici locali si prefiggono di dare agli anziani la possibilità di continuare a vivere in un appartamento loro, godendo di una vita attiva e interessante in compagnia di altri. Si tratta perciò di facilitare il periodo di transizione dal mondo del lavoro a quello della pensione; ulteriori sforzi andrebbero fatti in futuro perché gli anziani possano godere di maggiore autosufficienza.

Questi i principi guida per la cura degli anziani:

- il principio della normalizzazione secondo il quale ogni individuo, nei limiti consentiti, deve avere la possibilità di operare e di vivere in un ambiente e in condizioni il più possibile normali;
- il principio della concezione globale dell'individuo secondo il quale tutte le necessità dell'uomo - psicologiche, fisiche e sociali - vengono prese in considerazione e soddisfatte in una unica ottica;
- il principio delle decisioni autonome che comporta il rispetto dell'integrità personale. Si deve avere il diritto di amministrare la propria vita e di prendere le proprie decisioni. Il diritto alla sicurezza personale e il diritto a decidere della propria persona devono essere unificati nel quadro della cura degli anziani;
- il principio della partecipazione e collaborazione secondo il quale ciascun individuo deve poter influenzare non solo il proprio ambiente, ma l'intera società;
- il principio dell'attivizzazione ben studiata che comporta compiti significativi in collaborazione con altre persone e in un ambiente di normale stimolo.

Il mondo di chi invecchia è spesso discriminato; l'atteggiamento negativo non viene solo dai giovani, ma si manifesta anche fra gli stessi anziani. Se si desidera che l'assistenza agli anziani si concretizzi nei programmi delineati, sarà necessario agire in modo che le diverse generazioni si capiscano di più e che si sentano più unite.

L'obiettivo della cura degli anziani è quello di dare loro sicurezza economica, buone abitazioni con possibilità di assistenza e di servizio, relazioni sociali con altri gruppi ed occupazioni significative.

LA SICUREZZA ECONOMICA

La pensione generale e l'aggiunta alloggio garantiscono la sicurezza economica agli anziani.

La pensione generale comprende la pensione popolare, alla quale si ha diritto indipendentemente dai precedenti redditi di lavoro, la pensione generale supplementare (ATP) che si basa sui redditi di lavoro e la pensione parziale che consente ai lavoratori dipendenti e agli imprenditori in proprio fra i 60 e i 65 anni, di abbinare il lavoro ad orario ridotto alla pensione.

Pensione popolare

Il pensionamento popolare comprende la pensione di quiescenza, la pensione d'invalidità o contributo per malattia, la pensione vedovile e la pensione per la prole. Ad essa possono aggiungersi il supplemento assegni familiari, il risarcimento per handicap, il sussidio per assistenza e cure prestate ad un figlio handicappato, l'assegno familiare per la moglie e l'aggiunta alloggio comunale.

Si ha diritto alla pensione di quiescenza a partire dal mese in cui si compiono 65 anni. Si può richiedere la pensione di

quiescenza già a 60 anni* oppure se ne può prorogare la decorrenza fino a 70 anni. In entrambi i casi, ovviamente, l'ammontare della pensione subisce modificazioni, in meno per l'anticipo e in più per il ritardo.

I cittadini svedesi domiciliati in Svezia hanno diritto alla pensione popolare integrale. Dal 1979 i cittadini svedesi domiciliati all'estero hanno diritto alla pensione supplementare. La misura della pensione popolare dipenderà, in tal caso, dal numero degli anni per i quali vengono conteggiati i punti di pensione (vedi sotto).

Nelle norme transitorie che precedono il nuovo testo di legge si dice che chi sia nato nel 1929 o prima ha diritto a richiedere l'applicazione delle precedenti regole riguardanti il diritto alla pensione popolare per i domiciliati all'estero, secondo le quali chi era domiciliato nel regno al compimento dei 62 anni di età e durante i cinque anni immediatamente precedenti aveva diritto alla pensione popolare integrale. Le medesime norme valgono anche per chi, al momento dell'entrata in vigore della legge, già riscuote la pensione popolare.

Tutti i cittadini stranieri residenti hanno diritto a percepire la pensione popolare qualora abbiano vissuto in Svezia gli ultimi 5 anni, accumulando almeno 10 anni complessivi di residenza nel Paese. I residenti di cittadinanza straniera, originari di paesi con cui la Svezia abbia stipulato specifiche convenzioni, hanno diritto a percepire la pensione popolare pur non avendo vissuto nel Paese per il periodo di tempo cui si è accennato sopra, sempre che essi abbiano diritto alla pensione supplementare. Una volta soddisfatta quest'ultima clausola, essi possono anche percepire la pensione all'estero, e in questi casi l'ammontare della pensione popolare viene calcolato in base al numero di anni per cui sono stati versati i debiti contributi.

La pensione di quiescenza in base al pensionamento popolare è calcolata secondo un certa percentuale del cosiddetto importo

(*) Erogazione anticipata, differente dalla pensione anticipata (cfr.) che spetta in caso di invalidità.

base. L'importo base viene determinato ogni mese dal governo e rappresenta la base per il calcolo delle pensioni e delle altre prestazioni. Questo cosiddetto importo base aumenta secondo certe regole se i prezzi salgono. Nel corso degli ultimi anni, l'importo base è aumentato nel modo seguente:

1960 SEK 4.200	1975 SEK 9.000
1965 SEK 5.000	1980 SEK 13.900
1970 SEK 6.000	1987 SEK 24.100
	1988 SEK 25.800

1 SEK (corona svedese) = circa £ 206

Per il pensionato solo, la pensione di quiescenza è pari al 96% dell'importo base, per il pensionato coniugato essa ammonta al 78,5% dell'importo base. Al primo gennaio 1988 la pensione di quiescenza per il pensionato solo era di SEK 24.768 e di SEK 20.253 per il pensionato sposato.

Il contributo complementare alla pensione viene corrisposto ai pensionati che ricevono soltanto la pensione di quiescenza dal pensionamento popolare o una bassa pensione di quiescenza dal pensionamento supplementare, ATP. Il contributo complementare alla pensione è aumentato ogni anno e nel gennaio 1988 aveva raggiunto il 48% dell'importo base.

La pensione di quiescenza e il contributo complementare alla pensione assommavano al primo gennaio 1988 a SEK 37.152 all'anno (ossia SEK 3.096 al mese) per i pensionati soli.

In ordine a certi presupposti, oltre alla pensione di quiescenza del pensionamento popolare, possono venire assegnati:

Aggiunta alloggio comunale. Dipende dal reddito ed ogni comune ne stabilisce la misura e le condizioni del versamento. L'ammontare dell'aggiunta alloggio varia da comune a comune e dipende

dal costo dell'alloggio. Nella maggioranza dei comuni, corrisponde al costo effettivo dell'alloggio.

Assegno familiare per la moglie. Dipende dal reddito e spetta alla moglie del pensionato (la quale abbia compiuto 60 anni e non abbia una pensione). Si richiede anche che i coniugi siano sposati da almeno cinque anni.

Il supplemento assegni fami'ari (per i figli) viene versato a chi ha la pensione di quiescenza ed ha figli di età inferiore ai 16 anni. A tale supplemento non hanno però diritto quei cittadini che abbiano iniziato a percepire la pensione prima di aver compiuto il 65° anno di età. Il supplemento assegni familiari (per i figli) non può superare il 26% dell'importo base.

Il risarcimento per handicap viene corrisposto a chi ha la pensione di quiescenza e le cui capacità fisiche e intellettuali siano ridotte prevedibilmente per lungo tempo. La minorazione deve risalire a prima del 65° anno di età. L'entità del risarcimento dipende dalla necessità di aiuto (34, 50 o 65% dell'importo base).

La pensione supplementare (di lavoro)

La pensione supplementare (ATP, allmän tilläggspension) comprende la pensione di quiescenza, la pensione d'invalidità o il contributo per malattia, oltre alla pensione vedovile e alla pensione degli orfani.

L'intera pensione di quiescenza dal pensionamento supplementare viene corrisposta a chi abbia avuto un reddito valido per il calcolo della pensione (ossia un reddito superiore all'importo base) per almeno 3 anni. I punti di pensione si ottengono dividendo il reddito valido per il calcolo della pensione con l'importo base. Sia gli svedesi, sia gli stranieri possono ottenere, indipendentemente dal paese in cui sono domiciliati, la pensione di quiescenza dall'ATP se hanno un numero sufficiente di anni/punti. L'entità della pensione

viene stabilita in base alla media dei redditi validi per il calcolo della pensione relativi ai 15 anni più fruttuosi. L'intera pensione ATP corrisponde al 60% di questa media dei redditi rapportata all'attuale valore del denaro.

Le persone nate nel 1924 saranno le prime a riscuotere l'intera pensione ATP secondo la regola principale: 30 anni di punti pensionistici. Norme particolari vigono per le persone nate durante gli anni 1896-1923. La pensione ATP intera verrà corrisposta a coloro che sono nati fra il 1914 e il 1923. Agli altri spetterà l'ATP ridotta.

Pensione anticipata* Viene corrisposta dal pensionamento popolare e supplementare (alle persona fra 16 e 64 anni, con capacità lavorativa perennemente ridotta) con un importo pari a quello della pensione di quiescenza.

Pensione parziale

La pensione parziale presuppone che il prestatore d'opera che abbia compiuto 60 anni riduca il proprio orario di lavoro di almeno cinque ore alla settimana lavorando a orario parziale almeno 17 ore alla settimana. Il lavoratore riscuoterà una pensione parziale, quale compensazione per la riduzione del reddito, pari al 50% del reddito perduto. La pensione di quiescenza non viene ridotta a causa della pensione parziale. Una condizione indispensabile per il pensionamento parziale è la possibilità di trovare un lavoro ad orario ridotto.

Anche gli imprenditori in proprio che riducano il proprio orario lavorativo di almeno la metà hanno diritto, soddisfacendo certe condizioni, alla pensione parziale.

La domanda di pensione

La domanda di pensione popolare e quella per la pensione supplementare vanno indirizzate alla Cassa Mutua (Försäkringskassan).

(*) Spetta in caso di invalidità ed è differente dall'erogazione anticipata della pensione popolare (cfr).

In Svezia ci sono 26 uffici della Cassa Mutua distribuiti nelle varie regioni geografiche. La Cassa Mutua non è un organo statale, ma in origine un movimento popolare, ossia - con un'espressione formale - una persona giuridica indipendente. La direzione centrale delle Casse Mutue e il loro controllo spetta tuttavia a un ente statale - l'Istituto nazionale di assicurazioni (Riksförsäkringsverket), che è anche quello che paga le pensioni pubbliche.

Imposte

In linea di massima tutte le prestazioni pensionistiche sono soggette ad imposta. Chi ha la pensione popolare paga, di norma, un'imposta inferiore rispetto agli altri beneficiari di redditi. Molti pensionati vengono esentati interamente dalle imposte. Ai pensionati non viene addebitata l'imposta o conguaglio finale se i loro redditi massimi sono pari all'importo della normale pensione di quiescenza e il contributo complementare, SEK 37.152 nel 1988. L'eventuale patrimonio fino a SEK 90.000 non influenza la detrazione per la ridotta capacità fiscale. L'aggiunta alloggio comunale e il risarcimento per handicap non vengono tassati.

Prestazioni assistenza sanitaria

Tutti i cittadini svedesi e tutti gli stranieri domiciliati in Svezia - anche i minori di 16 anni - sono assicurati secondo la legge dell'assicurazione generale (lag om allmän försäkring) e hanno diritto alle prestazioni dell'assistenza sanitaria. La Cassa Mutua rimborsa certe spese, ad esempio per le cure mediche, odontoiatriche, ospedaliere e per i viaggi fatti in concomitanza di tali cure.

I medicinali prescritti dai medici o dai dentisti si possono acquistare a tariffa ridotta e, in certi casi, sono interamente gratuiti.

Altri benefici economici

I pensionati usufruiscono di sconti di vario tipo per i viaggi con i mezzi pubblici - treno, nave, aereo, metropolitana, autobus, tram.

Per le persone che si spostano con difficoltà c'è il servizio di trasporto per handicappati (in taxi o in veicoli speciali) a prezzi fortemente ridotti.

Teatri, unioni didattiche, agenzie di viaggi, ecc., concedono spesso sconti ai pensionati.

L'ALLOGGIO

Secondo quanto previsto dalla Legge sui Servizi Sociali:

- per garantire il benessere sociale, le commissioni di assistenza sociale comunali devono far sì che gli anziani siano in grado di condurre una vita indipendente, attiva e interessante, mantenendo i contatti sociali;
- dette commissioni devono anche fare in modo di garantire agli anziani una soddisfacente sistemazione abitativa, fornendo anche la necessaria assistenza, sia per il lavoro di casa che per tutta una serie di altri servizi esterni, a chi ne avesse bisogno;
- per le persone anziane che necessitano di un'assistenza particolare, i comuni sono tenuti ad organizzare situazioni abitative che consentano accesso diretto a una serie di servizi comunali;
- il difficile periodo di transizione dal mondo del lavoro a quello della pensione deve essere facilitato mediante attività informative ed altri mezzi.

L'ambiente della casa, così come quello immediatamente circostante, è di importanza particolarmente significativa per le persone anziane. Di qui la necessità per esse di disporre di uno standard abitativo soddisfacente, con la possibilità di accedere facilmente a servizi sociali, commerciali e culturali.

Ci sono varie alternative residenziali:

si può parlare di un alloggio normale, ossia un appartamento in affitto o una casa propria.

- Appartamento in affitto, ossia un appartamento in un palazzo plurifamiliare. In tal caso si può ottenere l'aggiunta alloggio comunale in proporzione al reddito.

Per poter adeguare l'abitazione alle persone handicappate è previsto un sussidio per l'adattamento dell'alloggio basato sull'accertamento d'indigenza.

- Casa propria, ossia una villetta unifamiliare. In tal caso, si può ottenere un mutuo di miglioramento per rammodernare e attrezzare la casa. Questo mutuo è sottoposto all'accertamento d'indigenza e a quello del reddito. E' prevista anche la corresponsione del sussidio per l'adattamento dell'alloggio.

La maggioranza delle persone in età superiore ai 65 anni - il 93% - vive in alloggi normali arredati e corredati in maniera pratica e moderna nella maggior parte dei casi (90%).

Si può fare domanda per un alloggio per pensionati - appartamento speciale incorporato, appartamento in una casa per pensionati, appartamento in una casa con servizi integrativi. Di solito ci si rivolge all'amministrazione assistenziale del comune di residenza.

- Appartamento speciale incorporato, ossia un appartamento in un normale edificio di abitazione. In genere, lo standard degli appartamenti è buono. Si possono avere gli stessi contributi previsti per gli appartamenti normali.

- Appartamenti in una casa per pensionati, ossia in un edificio posseduto e amministrato dal comune, composto da appartamenti di 1 o 2 locali, cucina, talvolta bagno/doccia, riservati ai pensionati che sono titolari in proprio dei contratti di locazione. In caso di necessità, si può ottenere l'aiuto di una assistente domiciliare e possono esserci dei locali in comune per svolgere, per esempio, certe attività, terapie, ecc.

Lo standard può variare, ma le case per pensionati più vecchie vengono progressivamente rimodernate.

Si possono ottenere gli stessi contributi previsti per i normali appartamenti d'affitto.

Nel 1983 si contavano 30.000 appartamenti per pensionati, incorporati in edifici normali o nelle case per pensionati.

- Appartamento in casa con servizi integrativi/casa-albergo, ossia un edificio posseduto e amministrato dal comune. Gli inquilini sono per la maggior parte pensionati, titolari dei contratti di locazione. Gli appartamenti sono di 1-3 locali con cucina e bagno. Lo standard è sempre ottimo. Vi sono assistenti domiciliari per chi ha bisogno d'essere aiutato nelle faccende domestiche. Nel palazzo vi sono anche un ristorante/mensa, locali per varie attività, ambulatorio medico, pedicure, ecc. C'è anche un impianto centrale di allarme per consentire agli inquilini di chiedere aiuto in caso di necessità. Questo fattore di sicurezza è molto importante per chi vive solo.

E' in aumento la costruzione di case con servizi integrativi con le quali si vuole offrire indipendenza e sicurezza. Sono previsti gli stessi contributi degli appartamenti normali.

Nel 1987, si contavano circa 38.500 (1985: 32.200) appartamenti nelle case con servizi integrativi. Il 3% delle persone oltre i 70 anni aveva scelto questa forma di alloggio.

Si può fare domanda per un posto in un ospizio per anziani.

- Gli ospizi per anziani sono gestiti dal comune e il loro standard è generalmente buono. Gli ospizi più vecchi vengono progressivamente rimodernati o abbandonati.

Gli ospiti degli ospizi hanno una stanza propria con il gabinetto. Hanno anche mobili propri, telefono, televisore, ecc. I pasti vengono consumati in comune. Vi è la possibilità di svolgere varie attività. Per gli ospiti che possono dedicarsi agli hobbies, alla ginnastica, ai trattenimenti, sono disponibili locali appositi. Le cure vengono prestate ventiquattr'ore su ventiquattro da personale particolarmente addestrato.

La retta negli ospizi per anziani è in relazione al reddito. Una certa somma minima viene lasciata agli ospiti per usi personali: SEK 882 al mese nel luglio del 1987.

Nel 1987 erano disponibili 46.700 posti nei 93 ospizi per anziani. Circa il 75% dei ricoverati aveva più di 80 anni.

ASSISTENZA SOCIALE E CURE

Molti anziani hanno bisogno di aiuto e di assistenza di vario tipo per continuare a vivere nel proprio alloggio. I comuni (Kommun) sono responsabili dell'assistenza sociale e delle cure degli anziani. Spetta all'amministrazione sociale del comune raccogliere informazioni sulla necessità di assistenza e di aiuto dei singoli individui. L'assistenza sociale può essere rappresentata da misure che tendono a migliorare l'ambiente sociale e che devono essere adeguate alla situazione locale - scelte residenziali per gli anziani, distanze dai centri abitati, mezzi di comunicazione, suddivisione in gruppi secondo l'età, condizioni del mercato del lavoro, ecc.

Un'offerta sapientemente dosata e un giusto dimensionamento dell'assistenza sociale contribuiscono a far sì che gli anziani, in ogni comune, possano condurre, nei limiti del possibile, una vita attiva, cavandosela il più possibile da soli. La necessità di cure negli istituti può in tal modo essere prorogata o evitata del tutto.

In tutti i comuni funziona il servizio sociale a domicilio - un concetto che accomuna molte attività diverse. Il servizio sociale a domicilio, che comprende l'assistenza domiciliare e altre forme di assistenza collettiva ed individuale, è affidato alla commissione di assistenza sociale del comune.

L'assistenza domiciliare viene fornita da assistenti che provvedono alle pulizie, preparano cibi, accudiscono agli abiti e all'igiene personale dei pensionati. L'aiuto può essere fornito anche nelle ore notturne, ad esempio, in caso di malattia occasionale oppure in attesa del ricovero in un istituto.

Nel 1986, 292.000 anziani furono aiutati da circa 76.000 assistenti domiciliari (1985: 71.600 assistenti per 274.000 anziani).

I comuni ricevono una sovvenzione statale che nel 198/88 ammontava a SEK 34.000 per ogni addetto a tempo pieno. Nello stesso anno il totale di questi sussidi ammontava a SEK 2.234 milioni.

La tariffa per l'assistenza domiciliare viene basata sul reddito del pensionato.

Altre forme di assistenza sociale collettiva ed individuale vengono spesso abbinate all'assistenza domiciliare. Nella maggioranza dei comuni funzionano i servizi di pedicure, parrucchiere, bagno, cucina, telefono, ginnastica, attività occupazionali e hobby, biblioteca, lavanderia e sgombero della neve.

Aicune di queste attività sono attualmente raccolte in locali speciali - cerntri diurni - allestiti indipendentemente o

in collegamento con le case con servizi integrativi o gli ospizi. Nei centri diurni, i pensionati del distretto possono partecipare ad attività collettive. L'obiettivo è quello di consentire ai pensionati di influenzare le attività dei centri diurni assumendosi talvolta la responsabilità di certe iniziative.

L'assistenza domiciliare viene completata in molti comuni - specialmente nelle zone scarsamente popolate - con uno o due autobus per servizi domiciliari. Nelle campagne, dove le grandi distanze ostacolano l'assistenza ai pensionati che non abitano nel centro principale, questi autobus sono uno strumento prezioso. Essi sono forniti di attrezzi e materiali per le pulizie domestiche, mezzi tecnico-sussidiari per handicappati, attrezzatura per pedicure, occorrente per hobby, libri e cesti per i panni sporchi.

Per le forme di assistenza collettiva si pagano tariffe modeste.

I mezzi tecnico-sussidiari possono agevolare il vivere negli alloggi. Ad esempio, rialzi per tazze WC, dispositivi di sollevamento, prolunghie telefoniche, amplificatori per telefono e TV, speciali sistemi di allarme e così via. Esistono centri regionali per i mezzi tecno-sussidiari ed appositi elenchi. Alcuni di questi servizi ausiliari, sono gratuiti.

Il servizio trasporto municipale è un importante completamento ai mezzi pubblici di comunicazione. tutti i comuni hanno organizzato un servizio di trasporti per le persone handicappate o che non possono servirsi dei normali mezzi di comunicazione. Questo servizio dipende dal grado di necessità. Le tariffe e l'organizzazione variano da comune a comune. Il governo nazionale fornisce ai comuni un sussidio pari al 35% dei costi operativi: queste sovvenzioni statali ammontano a SEK 394 milioni (1985).

Il servizio postale può, nelle campagne, completare l'assistenza domiciliare. Il postino di campagna può fornire, dopo essersi consigliato con gli assistenti domiciliari, una certa assistenza ai pensionati che abitano soli, in case isolate.

Adattando questi diversi tipi di assistenza, al grado di necessità, si possono adeguare le cure ad ogni singolo individuo. Un principio di massima è quello che l'assistenza deve essere di stimolo ad attività proprie - aiutare cioè il pensionato ad aiutarsi da sé. Le forme di assistenza collettiva offrono anche eccellenti possibilità di accomunamento e di partecipazione ad iniziative che combattono l'isolamento e la solitudine.

Il lavoro di gruppo è una delle nuove forme di assistenza domiciliare che vengono sperimentate per migliorare l'assistenza e per accrescere il grado di collaborazione con altri settori di cura ed assistenziali.

Le decisioni riguardanti le richieste di sovvenzione prese dalle commissioni di assistenza sociale, possono essere impugnate.

ASSISTENZA MEDICA E CURE

Dall'inizio del 1983 è entrata in vigore una nuova Legge sulla Salute e sul Servizio Medico, intesa a garantire a tutta la popolazione un buono stato di salute e una giusta assistenza sanitaria.

Molte persone anziane soffrono di malattie che richiedono cure mediche prolungate, oppure risentono di menomazioni fisiche o psichiche tali da necessitare di sorveglianza continua o di aiuto sostanziale per le proprie cure giornaliere. In tali casi, l'assistenza e le cure comunali non bastano e tocca quindi all'autorità superiore, ossia al consiglio regionale, assumersene la responsabilità. Nei casi di malattie acute, le cure vengono prestate in ospedali adeguatamente attrezzati.

In certi casi, si rende necessaria l'assistenza sanitaria, per malati cronici. Se il paziente può essere curato in casa, si parla di assistenza sanitaria domiciliare. Il medico distrettuale

e l'infermiera distrettuale rispondono in tal caso delle cure, eventualmente con l'aiuto di un congiunto o di un assistente domiciliare che fornisce l'assistenza richiesta.

Nel 1986, erano circa 47.500 i pazienti ai quali veniva fornita l'assistenza sanitaria domiciliare (1985: 44.000).

La domanda per il contributo per l'assistenza sanitaria domiciliare deve venire presentata dal paziente, ma il bisogno dell'assistenza deve venire comprovato con certificato medico. L'importo mensile del contributo può variare.

Molti pazienti non possono essere curati a domicilio. Per essi esistono cliniche per malati cronici, case di cura centrali o locali. E' in via di sviluppo un sistema di assistenza sanitaria flessibile e mista, e cioè, a seconda dei casi, diurna, notturna, interna ed esterna in combinazione.

I trattamenti rieducativi sono una fase importante delle cure mediche per i malati cronici.

Nel 1986, erano disponibili circa 51.000 posti (17.000 nelle case di cura locali) per malati cronici. Il 5% delle persone in età superiore ai 70 anni riceve le cure presso gli ospedali per malati cronici (dati per il 1985, rispettivamente: 52.000; 21.000; 4%).

E' in corso un ampliamento dell'assistenza sanitaria di lunga durata, nelle sue varie forme assistenziali, ma soprattutto sotto forma di case di cura locali collegate ai centri di assistenza sanitaria a livello comunale.

La Cassa Mutua rimborsa le spese per l'assistenza sanitaria di lunga durata per un totale di 365 giorni. Dopo questo termine, il paziente paga SEK 55 al giorno (1988; 1987: 50 SEK).

Spesso è difficile distinguere fra l'assistenza sociale geriatrica e l'assistenza sanitaria ai malati cronici. E' quindi importante che le autorità comunali (l'amministrazione assistenziale e l'autorità superiore) e l'amministrazione regionale dell'assistenza sanitaria stabiliscano una sempre più stretta collaborazione.

Occorre ampliare l'attività di guardia - con la possibilità di intervenire, 24 su 24, in caso di collassi fisici o di crisi sociali - per garantire la necessaria tranquillità alle persone anziane.

L'ATTIVITA' DELLE VISITE A DOMICILIO

Ben organizzata, deve essere svolta in ogni comune per garantire l'assistenza sociale e medica, le cure e la tutela a coloro che ne hanno bisogno. In parecchie località si stanno sperimentando nuovi metodi per le visite a domicilio, con la partecipazione di assistenti domiciliari, organizzazioni di pensionati, rappresentanti di quartiere. Altre forme consistono in diversi tipi di informazione.

OCCUPAZIONE

Il pensionamento comporta un mutamento radicale di vita per coloro che hanno esercitato una professione: si dispone di maggior tempo libero, si hanno meno responsabilità, meno occasioni di contatto con le altre persone e, di solito, peggiori possibilità economiche. Cominciare a condurre la vita del pensionato può riuscire difficile. E' importante stimolare la vitalità con attività fisiche e intellettuali, mantenendo i contatti con gli amici ed i congiunti - o rafforzando questi contatti - in modo che il pensionato finisca per desiderare di non isolarsi. Da parte della società vengono compiuti grandi sforzi per programmare e realizzare attività di

vario tipo che possano occupare i pensionati.

Le associazioni di studio organizzano anche corsi di preparazione al pensionamento.

Varie forme di attività vengono volte sotto la gestione dei comuni: queste iniziative sono organizzate in vari modi. I centri diurni sono un modo per riunire le varie attività sotto un unico tetto. Qui si può lasciare agli anziani la possibilità di organizzare la propria attività, eventualmente in collaborazione con le organizzazioni e le associazioni locali. Presso i vari comuni si cerca anche di convincere gli anziani a interessarsi - volontariamente - ad attività quali la cura dei bambini, gli asili, i doposcuola ed i circoli giovanili o le scuole.

Molti anziani offrono il proprio importante contributo nel settore delle cure agli anziani e dell'assistenza agli handicappati.

I comuni organizzano molte forme di attività per il tempo libero - balli, proiezioni cinematografiche, tornei di bridge, gite, viaggi, ginnastica, passeggiate, studi e hobby di vario tipo. I pensionati possono disporre di locali dove condurre attività diverse, programmate di propria iniziativa oppure tramite altre organizzazioni. Le associazioni didattiche e le università popolari organizzano corsi speciali per anziani, le associazioni ginnastiche e sportive addestrano istruttori e allestiscono attività per l'educazione fisica.

CODECISIONE

Un pensionato su tre è iscritto a qualche organizzazione di categoria, attraverso la quale è possibile influenzare le strutture di servizio e le attività di svago. In quasi tutti i comuni vi sono consigli formati da pensionati che vengono consultati nelle questioni

riguardanti i pensionati, si pronunciano in merito al bilancio comunale, alla programmazione del traffico, alle sedi delle loro attività, all'assistenza agli anziani, alle attività del tempo libero, ecc.

Nelle case-albergo e negli ospizi per anziani esistono consigli fiduciari in seno ai quali i vari problemi vengono discussi fra i pensionati, il personale e i responsabili.

P A R T E S E C O N D A

Estratti da:

G L I A N Z I A N I

I N

U N D I C I P A E S I

Un'indagine socio-sanitaria

**Ufficio Regionale per l'Europa
dell'Organizzazione Mondiale
della Sanità, 1983. Trad. della
Giunta Regionale della Toscana,
dic. 1986.**

Presentazione

Il testo che viene qui presentato è il documento conclusivo della ricerca sulle condizioni sociali e sanitarie degli anziani in undici paesi d'Europa, fra cui l'Italia, rappresentata dalla regione Toscana, alla quale sono stati concessi, dal direttore dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità, i diritti di traduzione e pubblicazione.

La ricerca, promossa dall'Ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità, è stata condotta, in Toscana, dall'Osservatorio epidemiologico della Regione con la collaborazione dell'Istituto di gerontologia e geriatria della Facoltà di medicina e dall'Istituto di studi sociali della Facoltà di magistero dell'Università degli studi di Firenze. Ha interessato tre zone rappresentative della realtà economica, sociale e sanitaria della Toscana: Firenze (zona urbana), Basso Ombrone (città-territorio) e Amiata (area rurale).

Lo scopo di questa ricerca interdisciplinare è stato quello di ottenere una serie di dati sui vari aspetti della vita e della salute di un campione rappresentativo di anziani e sull'uso, da parte di questi, dei servizi sanitari e sociali.

La ricerca ha teso a rilevare non solo lo stato di salute e le capacità funzionali degli anziani, ma anche le loro abitudini di vita e i supporti sociali disponibili e frequentabili nel loro ambiente; per questi motivi sono stati presi in considerazione, oltre alla valutazione personale riguardante la propria esistenza, anche i fattori psicosociali che la determinavano.

I risultati di questo lavoro possono essere utilizzati per valutare più attentamente i bisogni degli anziani e per programmare più puntualmente i relativi servizi, avendo cura che questi ultimi siano capaci di fornire risposte efficaci, nell'ambito delle reali risorse economiche disponibili e della cultura sociale in cui si deve operare.

La ricerca in questione, inoltre, fornisce le informazioni più adatte per comporre un'immagine della popolazione anziana della Toscana con le sue caratteristiche, i suoi problemi, i suoi bisogni, comparandoli con quelli degli altri dieci paesi europei. Possiamo augurarci che questa immagine ritornando non solo nelle zone da cui provengono i dati, ma anche in tutti i territori di cui quelle zone sono rappresentative, venga verificata e discussa tra amministratori, opera-

tori, utenti e cittadini. Potrebbe così contribuire, specialmente dove i programmi sono già avviati, a chiarire i bisogni, a definire gli obiettivi, a scegliere gli interventi e a dare a questi ultimi le giuste priorità.

Un particolare ringraziamento al prof. Francesco Maria Antonini, direttore dell'Istituto di gerontologia e geriatria, al prof. Gino Tesi della Facoltà di magistero dell'Università degli studi di Firenze e al prof. Alberto L'Abate della Facoltà di magistero dell'Università degli studi di Ferrara, la collaborazione e l'impegno dei quali hanno permesso la realizzazione di questo studio.

La Giunta regionale toscana

Premessa

Non molto tempo era trascorso dalla conclusione dell'ultimo conflitto mondiale, quando ancora la ripresa a livello mondiale, ma in particolare in Europa, era agli inizi, che già si potevano constatare gli effetti sulla struttura demografica della popolazione dei progressi e dei risultati che venivano raggiunti in campo sociale e sanitario. La riduzione della mortalità e il declino della natalità dopo una prima fase di incremento ebbero come conseguenza un progressivo e sensibile allungamento della speranza di vita ed un aumento sia assoluto che relativo del numero degli anziani.

La consapevolezza dell'importanza di tali cambiamenti demografici e delle conseguenti ripercussioni a livello sociale e sanitario indusse gli Stati membri della Regione europea della Organizzazione mondiale della sanità a sollecitare l'Organizzazione affinché sviluppasse un programma specifico sull'assistenza sanitaria degli anziani. In seguito, la responsabilità dell'intero settore fu affidata all'Ufficio europeo.

Già fin dalle fasi iniziali della elaborazione del programma, risultò evidente quanto i dati a disposizione fossero carenti e comunque troppo generici ed imprecisi, dato che da un punto di vista statistico si tendeva allora a raggruppare insieme tutti gli individui oltre una certa età. Certo si sapeva che le malattie cardiovascolari, i tumori, i disturbi mentali, i reumatismi e l'invalidità permanente costituivano i principali problemi sanitari di questo gruppo di età, ma non sempre era facile differenziarli da quelli che erano i problemi generali dell'invecchiamento. Ed a tutto ciò si devono poi aggiungere tutte quelle difficoltà di ordine fisico, economico e sociale che sommate insieme finiscono per creare situazioni di dipendenza e disorientamento. E già allora ci si rendeva conto come gli anziani non andassero considerati come un gruppo omogeneo e quanto i bisogni sociali e sanitari variassero con l'età. Come gruppo erano considerati i più forti consumatori di servizi sociali e sanitari ma nel contempo vi erano anche molte persone in grado di affrontare perfettamente i problemi della vita e che risultavano pienamente autosufficienti.

Per fare più luce su tutti questi problemi l'Ufficio europeo ha promosso un'indagine su scala internazionale. Questo documento fornisce appunto i primi risultati di tale ricerca. Gli stessi risultati

saranno poi utilizzati non solo nelle future e ulteriori elaborazioni del programma sugli anziani ma anche nella messa a punto di tutte quelle strategie che ci consentano di raggiungere l'obiettivo della salute per tutti entro l'anno 2000.

Questo rapporto costituisce anche un contributo alla *Conference on Aged*, che mi auguro possa stimolare un sempre maggior interesse nello sviluppo futuro di programmi nazionali e internazionali in questo settore. Il materiale e le informazioni che questa indagine ha prodotto vanno molto al di là di quello che è stato possibile raccogliere in questo primo rapporto. Oltre a ciò sono indispensabili ulteriori e più approfondite elaborazioni dei dati raccolti. Sono certo che tutti i ricercatori che hanno fin qui collaborato all'indagine vorranno indirizzare i loro sforzi in questa direzione e presentare nuovi rapporti.

Infine, vorrei ringraziare tutti i Governi e le istituzioni di quei paesi che hanno aderito all'iniziativa per il supporto e la collaborazione forniti. Vorrei nello stesso tempo congratularmi con tutti i ricercatori che hanno curato la redazione di questo primo documento.

Dr. Leo A. Kaprio

Prefazione

La popolazione della Regione europea sta invecchiando. Fra il 1950 e il 1970 il numero di persone con età superiore ai 60 anni è aumentato di oltre il 30% e si prevede che fra il 1980 e l'anno 2000 lo stesso gruppo di persone aumenterà di un ulteriore 35%. Se si considera il gruppo dei più vecchi — più di 80 anni di età — la crescita si presenta ancora più drammatica.

Una popolazione che invecchia non implica di per sé una crescente richiesta di assistenza sanitaria. Gli anziani non costituiscono un gruppo omogeneo e il bisogno di assistenza sanitaria non è per molti aspetti diverso da quello di altri gruppi di età della popolazione, almeno negli anni immediatamente successivi al pensionamento. Ma d'altronde è anche vero che molte difficoltà sociali ed economiche tendono a manifestarsi come problema sanitario.

In questo senso appare assai problematico riuscire ad impostare correttamente qualunque politica sociale e sanitaria o qualunque programma di servizi senza un'adeguata base di informazioni sugli anziani, sui loro problemi sanitari e socio-economici, dal momento che gran parte dei dati disponibili sulla situazione globale degli anziani raggruppano arbitrariamente tutti gli individui oltre una certa età, abitualmente l'età di pensionamento. In realtà, l'uso dei servizi sociali e sanitari varia sensibilmente con l'età, anche all'interno della stessa popolazione anziana. La morbilità e la disabilità sono strettamente connesse ai cambiamenti di età. Vari paesi possono presentare un tasso di invecchiamento diverso e, per quanto riguarda la salute, le aspettative delle popolazioni possono variare in funzione della base culturale e educativa e riflettersi poi sull'uso dei servizi. Il tasso di invecchiamento può anche subire variazioni nel corso del tempo in conseguenza di trasformazioni economiche od altri fattori.

Si è deciso, per questo, di intraprendere una ricerca internazionale allo scopo di raccogliere il maggior numero possibile di informazioni sugli anziani. La fase preparatoria ebbe inizio con il convegno tenutosi a Copenhagen nel dicembre 1976, dove furono per la prima volta elaborate le linee generali del programma di studio. Successivamente fu messo a punto un primo protocollo di lavoro che fu presentato ai ricercatori dei paesi che avevano dato la loro adesione alla ricerca, e fu preparato quindi un questionario sottopo-

sto a verifica sul terreno.

Un primo incontro dei ricercatori si tenne a Kiev nel novembre 1977. Il protocollo di studio e il questionario vennero rivisti e furono avanzati alcuni suggerimenti di modifica, successivamente esaminati e applicati da un gruppo ristretto riunitosi a Copenhagen nel febbraio 1978. L'incontro si concluse con la raccomandazione che venissero intrapresi una serie di studi-pilota; questi vennero poi effettuati in Finlandia, Polonia, URSS e Jugoslavia.

In un convegno tenutosi a Cavtat in Jugoslavia dal 7 al 10 novembre 1978 furono esaminate e quindi definitivamente adottate le versioni finali del protocollo di studio e del questionario.

Tutti i paesi membri della Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità furono invitati a collaborare all'indagine ed undici di questi accettarono l'invito. L'indagine è già stata completata in 16 centri di 10 paesi della Regione europea. Hanno inoltre deciso di partecipare anche due paesi della Regione del Mediterraneo orientale facenti parte dell'Organizzazione mondiale della Sanità. Il lavoro sul terreno è stato completato nel 1979/80. Nel dicembre del 1979 a Tampere (Finlandia) e nel 1980 ad Atene sono state tenute due successive riunioni dell'*Editorial board* per la redazione del 1° Rapporto sull'indagine. L'*Editorial board* composto dai principali ricercatori responsabili della realizzazione dell'indagine nei singoli centri ha definito la struttura del Rapporto designando anche i curatori e i responsabili della redazione dei singoli capitoli.

Il documento che segue costituisce quindi il primo rapporto e concerne solo alcune precisazioni metodologiche oltre ai risultati più generali. I dati di proprietà dei centri partecipanti e depositati presso l'Ufficio regionale richiedono ulteriori e più approfondite analisi che saranno oggetto di successivi rapporti. Il programma di questo lavoro sarà sviluppato dall'*Editorial board* in cooperazione con l'Ufficio regionale.

L'indagine è stata resa possibile dal sostegno generoso dei Governi e di varie istituzioni nell'ambito dei paesi partecipanti e dall'entusiasmo e dall'impegno di tutti i ricercatori e dei loro collaboratori.

Sento di dover ringraziare in modo particolare anche il dr. Glyn Thomas, in quel periodo responsabile per l'Ufficio regionale del programma per gli anziani, per il suo contributo alla realizzazione dello studio.

Prof. Z.J. Brzezinski

1 Introduzione e scopo dell'indagine

Le indagini di cui presentiamo i primi risultati sono state promosse allo scopo di raccogliere la maggior quantità possibile di dati da un certo numero di centri della Regione europea, in previsione di un aumento costante, sia in termini relativi che assoluti, della popolazione anziana, fenomeno questo che ormai coinvolge la maggior parte dei paesi del mondo, mentre le informazioni disponibili su questo gruppo di età sono allo stato attuale troppo limitate e carenti. Si è data così applicazione della risoluzione del 25° *Regional Committee for Europe* che sollecitava il Direttore regionale dell'Organizzazione mondiale della sanità a «promuovere e coordinare una serie di studi sulla morbilità e mortalità specifiche degli anziani, con particolare riguardo alle connessioni fra malattia e fattori socio-economici, culturali e ambientali».

La definizione di anziano non è univoca nei diversi studi. La soglia della terza età può essere fissata a 60 o 65 anni (1) anche se per uniformarsi agli intenti dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite è stato deciso di includere nelle indagini tutti gli individui al di sopra dei 60 anni di età (2). Il termine «invecchiamento» è in un certo senso più appropriato di parole come «anziano» o «vecchio», in quanto suggerisce l'idea di un continuo cambiamento e sviluppo nell'ambito dell'ultima fase dell'arco della vita, più che fissare dei limiti. Pur tuttavia le elaborazioni statistiche e le inchieste demografiche pongono l'esigenza di selezionare determinate categorie di anziani benché la loro definizione sia arbitraria. La maggior parte delle informazioni di cui disponiamo attualmente sulla situazione globale degli anziani, con riguardo anche ai problemi sociali e sanitari, raggruppano arbitrariamente tutti gli individui al di sopra di un'età prefissata, abitualmente l'età del pensionamento. Tuttavia, la realtà ci dimostra che gli anziani, comunque vengano definiti, sono lungi dal costituire un gruppo omogeneo e, nell'ambito stesso della popolazione anziana, l'uso dei servizi sanitari varia sensibilmente in funzione dell'età (3, 4).

1.1 Salute e abilità funzionale

La salute viene considerata uno degli obiettivi primari della

Introduzione e scopo dell'indagine

politica sociale. In molte società industrializzate le spese per l'assistenza sanitaria non solo sono aumentate sensibilmente, ma in molti casi in misura maggiore dello stesso prodotto nazionale lordo. Le trasformazioni sociali, demografiche ed epidemiologiche, verificatesi negli ultimi decenni, hanno condotto all'attuale situazione in cui circa la metà delle spese per l'assistenza sanitaria viene impiegata per l'assistenza agli anziani. In alcuni paesi la proporzione può raggiungere fino a due terzi del totale delle spese per l'assistenza sanitaria. Ci sembra quindi assolutamente indispensabile investire ulteriori sforzi in ricerche miranti a fare un bilancio delle effettive condizioni di salute e delle abilità funzionali degli anziani e a valutare quei fattori che più giocano nella determinazione dello stato di salute e della longevità.

In molti paesi l'assistenza agli anziani costituisce una delle priorità dei servizi sanitari. E se è stato uno dei problemi principali di questi ultimi anni, in prospettiva il suo peso è destinato ad aumentare. In molti paesi i gruppi di età più elevata sono in costante aumento sia in proporzione al resto della popolazione sia in valore assoluto. In Gran Bretagna si è calcolato che la spesa pro-capite relativa ai servizi sanitari degli anziani di 75 anni ed oltre sia quasi sei volte quella degli individui di età compresa fra i 16 e i 64 anni (5). Ovviamente, l'uso dei servizi, e di conseguenza la spesa, dipende non solo dalla morbilità ma anche da fattori economici e sociali.

L'invecchiamento è associato ad una crescente incidenza di molte malattie croniche e disabilità. Circa due terzi delle malattie croniche che richiedono un trattamento vengono riscontrate in persone di oltre 65 anni di età e circa un terzo degli ultrasessantacinquenni sono affetti da varie patologie croniche e necessitano di varie forme di aiuto e di sostegno per esplicare le normali attività quotidiane. Tuttavia, il tasso di morbilità dipende in gran parte dallo scrupolo con cui è stata condotta l'indagine.

L'incidenza degli handicap cresce con l'età. Per esempio, Harris (6) ha trovato che quasi due terzi dei portatori di handicap apprezzabili (che necessitano di un certo sostegno) e di handicap gravi (che necessitano di un sostegno sostanziale) avevano più di 75 anni. Vi è una stretta correlazione fra handicap e fattori sociali; Harris (6) ha notato che degli ultrasessantacinquenni che erano stati classificati come disabili, il 30% viveva da solo contro solo il 22% della popolazione complessiva di quel gruppo di età. Altre ricerche hanno mostrato come un terzo degli ultrasessantacinquenni che vivevano in istituzione non erano sposati contro un decimo di coloro che vivevano a casa (7).

I pazienti anziani sono per molti aspetti diversi dai giovani e,

Introduzione e scopo dell'indagine

proprio per questo, in molti paesi la geriatria è diventata una vera e propria specialità medica separata. È caratteristico, ad esempio, il riscontro nell'anziano di una patologia multipla che comporta una serie di problemi non solo per quanto concerne la diagnosi e il trattamento ma anche per il tempo considerevole che spesso richiedono le indagini e la terapia.

Molti paesi dispongono di statistiche anagrafiche, incluse le registrazioni di morte e le informazioni sul censo, da ormai più di un secolo. Poche sono tuttavia le ricerche condotte sulle condizioni sociali e sanitarie, i bisogni e i problemi specifici degli anziani, se si escludono gli studi pionieristici di Charles Booth alla fine dell'800 (8, 9, 10).

È indispensabile disporre di dati di base perché possano essere utilizzati in futuro come termine di confronto nel caso di eventuali studi longitudinali (effetto delle coorti). Proiezioni demografiche effettuate in diversi paesi fanno ritenere che la struttura per età della popolazione anziana possa sensibilmente mutare nei prossimi anni, nel senso che una proporzione crescente di anziani sarà costituita da soggetti in età molto avanzata. In questo senso, sono necessarie tutta una serie di informazioni che concernano le implicazioni di tali previsti cambiamenti demografici sui servizi sanitari. In questo campo i dati di cui disponiamo sono spesso il risultato di indagini basate su campioni non sempre rappresentativi dell'intera popolazione. Solo pochi studi hanno analizzato le interazioni fra fattori medici e sociali.

Nonostante la forte incidenza di affezioni croniche la maggioranza degli anziani riferisce di sentirsi in buona salute (10). Spesso i più vecchi valutano la propria salute altrettanto buona di quella di vecchi più giovani. La percezione soggettiva della salute è più strettamente legata alla presenza di malattie o disturbi che influiscono sull'attività motoria, la vita di relazione e la generale abilità funzionale (10). Vi sono, tuttavia, persone che tendono a sopravvalutare la propria abilità funzionale ed altre che sottovalutano invece la propria salute. La valutazione soggettiva del proprio stato di salute è considerata dai gerontologi un'indicazione molto valida (11), in quanto influenza anche la sensazione di «soddisfazione» e la domanda di servizi.

In sostanza, due sono i tipi di approccio utilizzati per valutare i bisogni relativi allo stato di salute (13). Il modello medico si basa sul presupposto che la salute dell'anziano possa essere valutata solo attraverso un esame fisico (14). Dall'altra parte i sostenitori del modello funzionale ritengono che la valutazione soggettiva della abilità funzionale sia il miglior indicatore sia dello stato di salute che

Introduzione e scopo dell'indagine

del bisogno di servizi (11, 12, 13). I due modelli non sono inconciliabili e dovrebbero entrambi essere utilizzati per una valutazione globale dello stato di salute e del livello funzionale dell'anziano in modo da ottenere quelle informazioni che più sono rilevanti per i problemi che la vita quotidiana attualmente pone alle persone anziane.

Meno del 10% degli ultrasessantacinquenni vive in istituzione. Degli anziani non istituzionalizzati meno del 5% sono allettati, circa il 5% sono costretti a casa e dal 5 al 20% hanno qualche difficoltà di movimento (14). Sono stati costruiti vari indici di autosufficienza nelle *activities of daily living* (10, 15, 16). Il declino della capacità fisica è una conseguenza dei processi di invecchiamento e dello scadimento delle condizioni di salute. Tuttavia, i livelli di questo declino possono variare sensibilmente fra gli individui appartenenti ad uno stesso gruppo di età (differenze entro una stessa coorte) e fra gruppi diversi in tempi diversi in rapporto a cambiamenti economici ed altri fattori (differenze fra le coorti). Sono le funzioni complesse le più esposte ai processi di invecchiamento mentre le semplici funzioni elementari vengono relativamente mantenute anche nelle età più avanzate (15).

I disturbi della mobilità sono di gran lunga il principale fattore di inibizione della capacità dell'anziano di vivere in modo autosufficiente. La mobilità è decisamente limitata in circa il 15% degli anziani con età compresa fra i 65 e i 74 anni e tale percentuale raggiunge il 30% negli ultrasessantacinquenni (17). Non si è rilevata nessuna differenza sostanziale nello stato di salute degli anziani in sei paesi occidentali e ciò fa ritenere che la capacità fisica sia sostanzialmente indipendente dalla cultura (14). Questa conclusione si basa sui risultati di un esiguo numero di studi condotti su campioni di popolazione ed anche su questo punto importante vi è la necessità di poter disporre di ulteriori dati per poter confermare o refutare i riscontri fin qui ottenuti. Se è certamente vero che l'evoluzione dello stato di salute e della abilità funzionale durante tutto l'arco della vita di un uomo è direttamente connesso con il modo di vivere e le condizioni socio-economiche è anche vero che la mortalità selettiva ed altri fattori selettivi possono ridurre le differenze soprattutto nelle fasce di età più elevata.

1.2 Modo di vivere

Le trasformazioni che l'urbanizzazione e l'industrializzazione hanno determinato nelle società avanzate, per quanto riguarda il

Introduzione e scopo dell'indagine

quadro fisico dell'esistenza, hanno rapidamente stravolto il modo di vivere degli anziani. Ben poco, tuttavia, si sa sulle difficoltà che incontrano ad adattarsi al modo di vivere moderno. Solitudine, insoddisfazione, dipendenza, perdita del ruolo, depressione ed altri problemi vengono spesso menzionati come caratteristici dell'anziano. Da un altro punto di vista, invece, lo standard di vita materiale degli anziani è sensibilmente migliorato, particolarmente in questi ultimi trent'anni.

Vi sono diverse teorie di gerontologia sociale che tentano di spiegare i processi sociali d'invecchiamento (18). I principî fondamentali delle teorie più significative sono in parte in contrasto fra loro e ciò conferma l'insufficienza delle attuali conoscenze sull'invecchiamento. Il concetto di modo di vivere rappresenta una categoria relativamente nuova nella ricerca sociologica (19). Comprende le condizioni di vita in tempi diversi, le funzioni (in modo particolare la struttura dei rapporti sociali) e la coscienza (la disposizione delle proprietà di varie funzioni). Il modo di vivere è il risultato di un lento processo evolutivo basato sulle trasformazioni produttive e tecnologiche.

Strettamente connessi sono i concetti di stile di vita, qualità della vita e standard di vita. Tali concetti vengono utilizzati per analizzare alcuni aspetti specifici del modo di vivere. Nella ricerca medica, gli studi spesso si limitano ad aree che si ritiene siano più strettamente connesse con l'evoluzione dello stato di salute. Sono state anche condotte indagini specifiche sul fumo, l'alimentazione, l'attività fisica e il consumo di alcol nella popolazione anziana (20, 21, 22, 23).

In gerontologia sociale sono state effettuate ricerche sui contatti sociali, la partecipazione sociale, gli hobbies e il «benessere» esistenziale (24, 25, 13). Un ruolo sociale soddisfacente, una buona stima di sé e una visione del mondo positiva sono risultati i fattori più determinanti per il futuro dell'anziano. Combinando insieme le conoscenze sui vari aspetti biologici, psicologici, sociali e medici dell'invecchiamento si può arrivare ad una comprensione sempre più approfondita dei problemi dell'anziano e allo sviluppo dei servizi idonei a rispondere alla domanda di assistenza e alla prevenzione di una prematura dipendenza o di una non necessaria istituzionalizzazione (26). Le informazioni di cui disponiamo sul modo di vivere degli anziani nei vari paesi sono assolutamente esigue, e a tutt'oggi nessuno studio comparativo è stato pubblicato su questo argomento.

*Introduzione e scopo dell'indagine***1.3 Servizi**

I modelli di assistenza agli anziani dipendono dal sistema socio-culturale ed economico e dalla situazione di ogni singolo paese. Nei paesi industrializzati l'assistenza agli anziani è ormai sempre più comunemente erogata da servizi organizzati ed ufficiali che hanno gradualmente preso il posto dell'aiuto e del sostegno familiari anche se vi sono ancora paesi dove la solidarietà familiare è ancora così profondamente radicata che la cura dell'anziano resta sostanzialmente una prerogativa della famiglia (27, 3).

La crescente proporzione degli anziani, in particolare delle fasce di età più elevate (75 anni ed oltre), comporta una domanda sempre maggiore di informazioni e di pianificazione sociale. Da un punto di vista demografico, la situazione degli anziani è caratterizzata dalla netta preminenza di persone di sesso femminile che costituiscono la maggioranza degli utenti delle strutture assistenziali. Molti sono malati cronici, costretti a casa, vedovi, e incapaci di affrontare i problemi e i compiti della vita quotidiana. Per assicurare agli anziani la migliore qualità della vita possibile, occorre garantire loro una certa sicurezza economica e un modello di assistenza misto in cui vi sia un sostanziale equilibrio fra forme di assistenza chiuse ed aperte e che consenta la massima flessibilità operativa in accordo con i bisogni individuali della persona anziana. I sistemi di erogazione dei servizi attualmente adottati vengono generalmente giudicati troppo frammentari e disorganizzati (28, 29). Spesso mancano dei chiari criteri informativi. I bisogni e le risorse degli anziani dovrebbero costituire i criteri di base su cui strutturare un sistema di servizi (30, 31).

Negli ultimi dieci anni sono state condotte numerose indagini sui servizi di assistenza sociale e sanitaria per gli anziani. I risultati sono tuttavia alquanto frammentari e non è facile ottenere un quadro completo della situazione. Pochi sono gli studi comparativi internazionali effettuati in questo settore. I paesi in cui i sistemi di sicurezza integrati sono ormai una tradizione sono stati i pionieri nella progettazione ed attuazione di studi sui bisogni e sull'uso dei servizi da parte della popolazione anziana. L'integrazione fra servizi sanitari e sociali è assolutamente indispensabile nell'assistenza agli anziani. In alcuni paesi tutti i servizi necessari sono stati incorporati in un unico sistema organizzativo ed in molti altri si è lavorato in questa prospettiva. Uno degli obiettivi della presente indagine era proprio quello di ottenere dei dati sull'uso dei servizi sanitari e di alcuni servizi sociali. A questi dati si aggiungerà, in prospettiva, un censimento dei servizi presenti nelle zone della ricerca, e ciò dovrebbe rendere possibile una valutazione sufficientemente esatta

Introduzione e scopo dell'indagine

della discrepanza fra bisogni ed effettiva disponibilità di servizi per gli anziani.

1.4 Scopo dello studio

Lo scopo di questa indagine interdisciplinare, condotta in numerosi paesi, è di ottenere una serie di dati standardizzati, da campioni rappresentativi, sulla salute e le abilità funzionali delle persone anziane e sull'uso dei servizi sociali e sanitari. E dato che l'uso dei servizi sanitari dipende non soltanto dal livello di salute ma anche dalla disponibilità di adeguati supporti sociali era indispensabile che l'indagine si occupasse anche del modo di vita e dei supporti sociali.

Oltre a fornire tutte quelle informazioni che sono necessarie per la pianificazione dei servizi sanitari per gli anziani negli anni futuri, la ricerca può essere utilizzata anche per formulare ipotesi sui livelli di salute, i processi di invecchiamento e la necessità di servizi in diversi paesi. È auspicabile che queste informazioni possano costituire una base per la ricerca su un intervento mirato alla prevenzione della disabilità prematura e ad elevare il livello di salute e di benessere della popolazione anziana.

Scopo di questo rapporto è di fornire dettagli sulla metodologia della ricerca e presentare i risultati preliminari relativi agli anziani non istituzionalizzati. Sono altresì disponibili specifici rapporti curati dai singoli centri ed è auspicabile che nel futuro ulteriori studi comparativi possano essere condotti sulla base dei dati raccolti in queste indagini.

Tavola 1. Tipo di area, dimensione e popolazione

Centro partecipante	Tipo di area	Dimensione Km ^q	Popolazione (in migliaia)
Bruxelles	Area metropolitana di Bruxelles e Anderlecht	5	240
Leuven	Mista urbana e rurale	1.200	410
Berlino Ovest	Area urbana di Berlino e 2 distretti particolari	470	1.950
Tampere	Prevalentemente urbana con piccole aree limitrofe	525	170
Midi-Pyrénées	Prevalentemente rurale con Tolosa	45.000	2.200
Haute-Normandie	7 aree di tipo urbano e rurale	12.300	1.600
Grecia rurale	Prevalentemente rurale con Atene	38.761 ^(a)	1.995 ^(a)
Firenze	Interamente urbana	100	460
Basso Ombrone	Mista urbana e rurale	90	40
Amiata Ovest	Rurale	460	19
Kuwait	L'intero paese ^(b)	17.000	1.365
Bialystok	Area metropolitana della città	89	210
Bucharest	Zona della città	600	2.000
Kiev	Tre distretti della città	780 ^(a)	2.000 ^(a)
Belgrado	6 zone della città	3.200 ^(a)	1.310 ^(a)
Zagabria	Maggior parte dell'area urbana	1.260 ^(a)	725 ^(a)

(a) Soltanto una parte inclusa nell'indagine.

(b) La popolazione vive in circa il 6% della superficie.

Tavola 2. Struttura per età degli anziani delle aree (maschi e femmine)

Centro partecipante	% della popolazione oltre		Nota
	60 anni	65 anni	
Bruxelles	22.2	16.9	Area di Bruxelles
Leuven	18.5	14.6	
Berlino Ovest	29.2	22.6	
Tampere	16.5	10.5	
Midi-Pyrénées	22.9	—	
Haute-Normandie	15.9	11.8	Insieme delle Haute-Normandie
Grecia rurale	17.7	12.7	Dati stimati
Firenze	22.9	16.0	
Basso Ombone	17.2	11.8	
Amiata Ovest	27.6	19.9	
Kuwait	2.6	1.6	
Bialystok	11.9	9.3	
Bucharest	16.9	11.2	Insieme di Bucharest
Kiev	11.8	—	Insieme di Kiev
Belgrado	11.9	8.0	Insieme di Belgrado
Zagabria	—	9.6	Insieme di Zagabria

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 3. Numero totale degli anziani intervistati

Centro partecipante	Gruppi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	62	67	91	82	95	115	81	105	106	83	100	97
Leuven	52	52	52	52	53	62	50	51	53	51	58	61
Berlino Ovest	204	210	204	197	201	212	245	224	239	236	264	264
Tampere	120	120	119	130	128	130	120	120	119	129	130	129
Midi-Pyrénées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Haute-Normandie	102	99	98	92	95	95 ^a	95	101	100	102	99 ^a	—
Grecia rurale	133	210	155	107	60	39	146	224	166	141	61	66
Firenze	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
Basso Ombone	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
Amiata Ovest	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
Kuwait	130	139	133	131	121	122	80	83	83	84	84	77
Bialystok ^b	136	135	136	143	136	0	133	129	145	132	129	0
Bucharest	75	60	63	63	51	49	78	79	87	92	91	114
Kiev	146	137	133	128	144	156	142	141	144	140	148	164
Belgrado	170	170	170	170	170	170	170	170	170	170	170	170
Zagabria	122	102	111	113	71	79	118	121	129	116	149	150

(a) 80 anni e oltre

(b) per età, vedi il testo

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 4. Numero dei questionari completati, comprese le interviste «per delega», ma esclusi gli anziani in istituto

Centro partecipante	Gruppi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	30	30	28	27	25	26	30	26	27	29	27	28
Leuven	37	36	43	41	48	43	35	35	43	39	39	32
Berlino Ovest	120	120	126	118	132	115	118	128	127	133	121	113
Tampere	92	90	85	86	79	55	86	91	95	89	75	40
Midi-Pyrénées	88	96	89	56	39	61 ^a	85	98	84	83	84	126
Haute-Normandie	79	73	64	55	43	15	73	71	68	58	31	8
Grecia rurale	128	203	148	100	55	34 ^b	143	214	158	127	56	63 ^b
Firenze	73	80	94	86	96	95	63	85	74	81	85	120
Basso Ombrone	104	113	106	106	109	80	106	107	107	105	106	95
Amiata Ovest	102	97	105	98	94	70	98	101	95	94	80	83
Kuwait	129	130	129	129	132	118	80	80	83	78	80	72
Bialystok ^c	96	97	98	94	101	—	98	99	99	101	99	—
Bucharest	65	60	54	59	42	43	71	73	82	85	88	92
Kiev	100	107	100	101	102	99 ^d	114	116	116	103	105	100 ^d
Belgrado	161	159	161	162	159	150	156	164	157	161	153	154
Zagabria	104	96	96	89	57	32	106	115	120	97	95	51

(a) 10 uomini e 34 donne di età superiore a 91 anni sono compresi nel campione

(b) 4 uomini e 8 donne di età superiore a 91 anni sono compresi nel campione

(c) per l'età, vedi il testo

(d) 10 uomini e 15 donne di età superiore a 91 anni sono compresi nel campione

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 5. Numero degli anziani morti o trasferiti

Centro partecipante	Gruppi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Bruxelles	3	5	10	11	22	23	3	11	6	4	11	26		
Leuven	2	2	3	2	3	12	0	1	3	2	8	12		
Berlino Ovest	5	5	2	3	6	20	6	5	8	4	14	11		
Tampere	10	10	11	21	20	42	8	6	7	15	14	40		
Midi-Pyrénées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Haute-Normandie	6	10	10	17	10	6	4	7	11	16	9	11		
Grecia rurale	1	2	2	3	4	3	1	1	4	4	4	3		
Firenze ^a	14	13	9	11	9	13	12	17	17	16	10	6		
Basso Ombrone ^a	4	3	6	4	3	12	0	1	1	3	9	8		
Amiata Ovest ^a	11	11	10	9	11	16	11	13	15	12	24	16		
Kuwait	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	1	0		
Bialystok ^b	6	6	10	15	18	0	12	7	12	5	9	0		
Bucharest	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Kiev	14	13	20	15	26	47	10	14	17	26	30	54		
Belgrado	7	5	8	8	11	18	13	3	7	5	12	13		
Zagabria	4	2	2	8	7	22	2	0	1	1	20	42		

(a) modulo non ancora pervenuto, informazioni da altre fonti

(b) per l'età, vedi il testo

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 6. Numero degli anziani non in grado di partecipare all'indagine per condizioni di salute precaria

Centro partecipante	Gruppi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	85-89
Bruxelles	0	1	2	3	7	9	0	2	6	5	6	5		
Leuven	1	0	2	0	0	1	0	1	0	1	0	0		
Berlino Ovest	4	8	8	8	15	6	6	5	8	11	12	23		
Tampere	1	1	1	1	0	1	0	0	2	0	8	5		
Midi-Pyrénées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Haute-Normandie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Grecia rurale	1	0	2	3	1	2	1	3	3	2	2	1		
Firenze ^a	2	3	5	4	4	4	5	2	4	2	4	11		
Basso Ombrone ^a	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	1	1		
Amiata Ovest ^a	0	3	0	2	4	0	1	2	1	0	1	0		
Kuwait	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	1		
Bialystok ^b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Bucharest	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Kiev	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	2	0		
Belgrado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Zagabria	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2		

(a) modulo non ancora pervenuto, informazioni da altre fonti

(b) per l'età, vedi il testo

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 7. Numero dei questionari completati «per delega» esclusi gli anziani in istituto

Centro partecipante	Gruppi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	1	0	0	1	1	1	1	0	2	0	2	4
Leuven	7	3	1	2	6	11	0	1	1	4	6	16
Berlino Ovest	1	5	6	6	12	10	0	1	0	2	3	9
Tampere	0	0	1	5	2	6	0	0	0	3	4	4
Midi-Pyrénées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Haute-Normandie	1	3	0	2	2	1	0	1	0	1	0	4
Grecia rurale	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Firenze	1	2	5	3	4	5	0	0	0	2	8	13
Basso Ombrone	3	1	2	1	5	11	0	2	0	1	8	19
Amiata Ovest	1	0	2	5	6	9	1	0	1	2	3	11
Kuwait	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bialystok	1	1	4	5	5	0	2	2	3	6	10	0
Bucharest	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kiev	2	3	4	4	2	0	1	0	0	0	0	0
Belgrado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zagabria	16	13	10	9	7	8	4	2	3	8	22	21

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 8. Numero dei questionari completati riguardanti anziani in istituto, comprese le interviste «per delega»

Centro partecipante	Gruppi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	0	0	3	2	4	4	0	4	3	1	3	2
Leuven	1	2	1	4	1	4	1	1	2	5	7	15
Berlino Ovest	2	0	1	1	3	7	1	1	0	1	5	18
Tampere	2	3	1	7	13	16	1	1	4	6	18	26
Midi-Pyrénées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Haute-Normandie	0	0	3	3	1	1	1	1	2	1	4	6
Grecia rurale:												
special homes	3	8	1	1	0	0	0	5	0	0	0	1
institution	4	4	5	2	1	0	2	3	4	2	1	0
Firenze	0	1	2	3	4	2	0	1	1	4	3	4
Basso Ombone	1	1	1	3	4	5	0	2	0	3	2	5
Amiata Ovest	0	0	1	1	3	3	1	2	0	2	5	2
Kuwait	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bialystok	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bucharest	7	1	9	4	6	7	5	6	5	7	2	19
Kiev	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Belgrado	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0
Zagabria	0	1	5	3	4	3	4	6	7	13	17	12

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 9. Tasso di risposta a questionario completo

Centro partecipante	Gruppi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	51	50	35	39	36	30	38	29	28	37	31	41
Leuven	76	75	90	89	98	93	69	78	88	86	91	94
Berlino Ovest	61	59	63	61	69	62	50	59	55	58	49	48
Tampere	85	84	79	84	83	76	77	81	88	82	77	63
Midi-Pyrénées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Haute-Normandie	82	82	75	76	—	75	81	76	78	61	—	57
Grecia rurale	100	100	100	98	100	94	100	97	100	100	100	100
Firenze	69	75	86	81	90	90	58	83	73	81	79	77
Basso Ombone	90	97	94	94	96	78	88	91	90	92	97	89
Amiata Ovest	94	89	96	89	89	69	91	96	90	89	88	81
Kuwait	99	94	97	98	100	97	100	99	100	94	96	94
Bialystok	74	75	78	73	86	—	81	81	74	80	83	—
Bucharest	100	98	100	100	100	100	100	100	100	99	96	100
Kiev	76	86	88	89	80	91	86	91	91	90	89	91
Belgrado	99	96	99	100	100	99	99	70	96	98	97	98
Zagabria	88	97	92	87	95	59	95	100	99	95	85	53

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 10. Percentuale di anziani coniugati

Centro partecipante	Gruppi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69
Bruxelles.	70	62	68	63	52	40	43	27	56	10	11	0	43	27
Leuven	95	83	77	54	54	40	68	66	40	34	26	6	68	66
Berlino Ovest	82	76	75	66	64	44	48	30	24	21	11	10	48	30
Tampere	81	82	72	65	62	40	40	43	33	18	15	0	40	43
Midi-Pyrénées	85	90	75	68	69	58	78	65	54	42	27	8	78	65
Haute-Normandie	84	83	79	80	67	53	67	56	52	31	10	25	67	56
Grecia rurale	89	90	86	71	61	40	73	59	43	45	24	17	73	59
Firenze	85	92	80	74	67	56	57	47	35	30	25	4	57	47
Basso Ombro	90	85	83	80	55	46	79	55	49	36	15	7	79	55
Amiata Ovest	87	90	84	73	71	46	81	67	56	37	23	17	81	67
Kuwait	96	92	94	95	89	70	62	64	40	33	17	14	62	64
Bialystok	92	91	88	82	71	—	65	52	43	23	15	—	65	52
Bucharest	90	91	91	78	59	67	61	49	54	43	20	6	61	49
Kiev	87	86	77	72	62	52	40	32	18	12	5	3	40	32
Belgrado	87	85	84	73	68	60	47	46	36	18	14	5	47	46
Zagabria	82	79	73	66	68	75	53	46	32	20	22	6	53	46

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 11. Percentuale di anziani vedovi/e

Centro partecipante	Gruppi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	7	13	19	22	25	56	27	54	33	72	70	86
Leuven	3	11	21	39	40	58	21	26	55	63	67	91
Berlino Ovest	10	15	10	28	32	48	26	51	56	62	67	74
Tampere	7	11	18	28	30	53	28	35	39	52	59	70
Midi-Pyrénées	5	1	12	18	26	34	8	24	33	53	61	85
Haute-Normandie	14	7	8	13	28	40	23	31	42	60	76	50
Grecia rurale	7	8	12	25	37	60	24	38	48	52	70	75
Firenze	1	1	12	19	26	39	19	36	57	56	66	87
Basso Ombrone	3	8	9	16	41	49	17	33	43	59	77	83
Amiata Ovest	5	4	10	23	24	48	12	30	39	59	74	75
Kuwait	2	5	5	3	11	26	30	34	52	58	79	81
Bialystok	0	5	5	9	16	—	19	36	45	66	73	—
Bucharest	6	3	7	20	34	26	21	42	37	48	68	81
Kiev	9	9	18	26	38	45	47	55	74	80	90	91
Belgrado	3	8	9	18	28	38	36	41	49	68	76	88
Zagabria	2	7	19	20	21	13	25	43	51	71	64	86

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 12. Percentuale degli anziani non coniugati

Centro partecipante	Classi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	85-89
Bruxelles	7	3	4	7	15	4	10	15	7	3	7	11		
Leuven	3	6	2	5	6	2	9	8	5	3	8	3		
Berlino Ovest	2	2	5	5	2	5	9	7	10	12	11	11		
Tampere	3	3	8	4	5	0	15	13	24	26	24	27		
Midi-Pyrénées	7	8	10	14	3	3	11	9	11	2	11	6		
Haute-Normandie	1	3	6	5	2	7	5	7	4	7	6	25		
Grecia rurale	3	3	3	4	2	0	3	2	6	3	3	9		
Firenze	9	6	7	7	6	5	19	14	5	15	9	8		
Basso Ombrone	7	7	7	3	4	5	3	12	8	6	8	9		
Amiata Ovest	8	8	6	4	5	4	6	3	5	4	0	8		
Kuwait	1	2	1	0	0	2	2	0	1	3	1	1		
Bialystok	3	2	2	1	2	—	12	8	8	9	10	—		
Bucharest	0	2	0	2	4	5	7	3	2	4	9	5		
Kiev	0	1	2	0	0	3	1	4	2	5	3	05		
Belgrado	3	2	2	7	3	1	8	6	7	6	8	4		
Zagabria	11	9	6	9	5	12	8	8	11	8	11	6		

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 13. Percentuale degli anziani la cui principale occupazione comportava un'attività manuale o fisica

Centro partecipante	Classi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	85-89
Bruxelles	61	55	44	52	52	32	57	68	42	55	48	46		
Leuven	43	58	57	63	50	37	32	30	26	24	9	22		
Berlino Ovest	64	75	63	71	60	63	60	58	54	53	62	62		
Tampere	59	66	62	64	62	42	66	63	68	69	70	46		
Midi-Pyrénées	34	47	49	33	36	45	43	40	36	43	39	37		
Haute-Normandie	72	63	55	59	63	60	66	60	69	71	75	67		
Grecia rurale	23	21	15	10	13	12	5	5	8	4	5	6		
Firenze	58	60	55	50	59	56	40	49	45	43	35	33		
Basso Ombrone	65	57	55	58	48	57	28	42	31	36	38	36		
Amiata Ovest	50	36	36	38	36	36	20	17	17	10	9	17		
Kuwait	80	75	76	84	79	84	9	14	11	13	6	11		
Bialystok	65	77	58	71	49	—	46	38	49	54	33	—		
Bucharest	57	50	43	37	24	36	47	44	28	37	21	15		
Kiev	37	40	35	36	34	41	32	34	35	35	31	30		
Belgrado	22	23	35	24	22	19	11	18	11	14	9	11		
Zagabria	58	43	53	60	46	34	30	28	27	21	21	14		

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 14. Percentuale degli anziani la cui principale occupazione era il lavoro agricolo

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leuven	16	19	17	22	17	30	9	14	12	5	20	19
Berlino Ovest	0	0	2	1	2	1	1	2	1	2	0	2
Tampere	4	6	7	6	9	11	0	7	5	3	7	26
Midi-Pyrénées	25	21	28	41	26	31	18	24	26	36	29	32
Haute-Normandie	6	11	10	19	21	0	10	11	16	15	10	33
Grecia rurale	57	61	67	74	83	80	82	89	83	87	86	92
Firenze	10	5	11	5	10	11	3	6	4	2	9	15
Basso Ombro	26	35	40	42	48	37	18	19	27	24	23	24
Amiata Ovest	42	59	56	59	62	60	20	19	23	27	28	17
Kuwait	0	1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0
Bialystok	2	1	7	11	17	—	8	9	9	10	20	—
Bucharest	1	0	0	5	2	0	1	0	2	0	1	3
Kiev	1	0	2	5	4	2	2	4	6	10	8	12
Belgrado	2	3	4	8	3	8	1	1	4	6	0	1
Zagabria	0	3	3	6	5	5	1	1	2	3	1	3

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 15. Percentuale degli anziani con un periodo di istruzione inferiore a 4 anni

Centro partecipante	Classi di età																	
	M									F								
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	0	0	4	0	4	4	3	0	4	3	11	4						
Leuven	3	0	5	6	5	16	3	0	0	3	8	8						
Berlino Ovest	0	2	1	2	2	3	1	2	1	2	1	2						
Tampere	4	9	15	27	28	31	3	6	20	25	41	49						
Midi-Pyrénées	1	1	1	5	7	3	2	1	4	6	7	7						
Haute-Normandie	0	3	2	6	8	0	1	0	3	5	0	0						
Grecia rurale	28	36	40	49	53	65	61	70	75	84	89	92						
Firenze	3	12	24	20	32	35	23	34	24	22	45	44						
Basso Ombro	24	37	58	76	66	75	53	61	76	81	78	74						
Amiata Ovest	25	52	58	71	73	77	43	66	74	71	83	82						
Kuwait	74	74	74	81	80	89	95	89	98	94	96	99						
Bialystok	6	7	24	31	33	—	14	21	36	43	62	—						
Bucharest	15	5	9	5	7	10	5	8	12	11	9	13						
Kiev	3	7	8	12	22	24	9	17	34	29	41	49						
Belgrado	4	5	10	10	6	6	13	20	22	31	24	31						
Zagabria	3	2	6	3	5	3	7	12	17	20	17	22						

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 16. Percentuale degli anziani con un periodo di istruzione di 12 anni e oltre

Centro partecipante	Classi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	85-89
Bruxelles	7	17	21	15	12	16	13	15	8	7	11	4		
Leuven	11	6	5	3	5	13	3	3	9	3	0	0		
Berlino Ovest	6	2	3	3	2	4	2	4	4	1	1	2		
Tampere	0	4	8	4	4	13	6	2	5	2	1	5		
Midi-Pyrénées	14	9	7	4	13	8	7	4	7	4	6	3		
Haute-Normandie	5	6	3	4	7	7	5	6	7	2	3	0		
Grecia rurale	4	1	2	3	5	0	0	1	1	0	0	0		
Firenze	14	13	17	17	10	14	5	4	3	5	3	6		
Basso Ombrone	1	3	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0		
Amiata Ovest	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0		
Kuwait	5	2	1	1	1	2	1	0	0	1	1	0		
Bialystok	11	9	11	3	4	—	8	9	4	2	0	—		
Bucharest	29	29	37	31	56	52	19	8	11	16	20	15		
Kiev	49	36	38	33	16	24	18	25	12	16	11	9		
Belgrado	22	26	19	24	25	23	13	8	6	4	11	5		
Zagabria	22	32	20	13	19	25	9	10	4	4	3	2		

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 17. Percentuale degli anziani con una preparazione professionale superiore a 2 anni

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	21	29	21	17	15	29	20	14	23	21	15	7
Leuven	14	21	12	7	4	7	3	0	5	3	0	3
Berlino Ovest	15	16	15	14	9	15	9	8	6	4	7	2
Tampere	34	23	21	8	10	31	16	7	8	11	7	3
Midi-Pyrénées	18	21	7	13	8	12	7	10	2	4	2	6
Haute-Normandie	12	15	17	10	14	29	7	7	4	5	3	0
Grecia rurale	2	2	3	3	2	0	0	0	1	0	0	0
Firenze	20	25	15	16	13	13	11	14	15	10	7	9
Basso Ombrone	3	2	1	1	2	4	0	0	1	2	0	0
Amiata Ovest	3	6	3	0	2	1	2	4	4	1	3	1
Kuwait	1	2	2	3	1	1	0	0	0	0	0	0
Bialystok	28	19	20	10	15	—	8	9	7	6	2	—
Bucharest	25	33	37	37	59	60	23	25	21	27	33	29
Kiev	4	7	8	10	3	13	3	3	2	4	1	0
Belgrado	61	52	46	43	47	46	28	21	23	17	24	20
Zagabria	2	5	3	1	5	0	2	1	0	0	0	0

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 19. Percentuale degli anziani che giudicavano la propria salute cattiva o non molto buona

Centro partecipante	Gruppi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	30	13	17	19	29	4	34	0	28	31	12	15
Leuven	14	6	7	15	7	6	21	17	21	6	0	4
Berlino Ovest	17	12	12	26	18	24	14	16	16	25	26	26
Tampere	26	28	26	32	23	27	19	30	23	29	29	25
Midi-Pyrénées	16	18	20	20	16	20	17	24	23	24	21	19
Haute-Normandie	9	17	13	13	23	0	14	14	27	21	25	43
Grecia rurale	15	17	16	25	44	48	18	32	35	40	43	55
Firenze	6	13	17	10	8	12	16	14	15	18	21	18
Basso Ombrone	22	15	17	27	15	25	27	20	27	29	30	32
Amiata Ovest	14	12	9	20	16	15	15	15	18	25	17	22
Kuwait	4	8	9	8	16	26	13	10	23	20	24	22
Bialystok	26	34	33	43	50	—	25	37	48	48	60	—
Bucharest	6	13	20	26	17	11	19	21	29	25	29	26
Kiev	18	26	35	35	37	33	33	38	44	41	55	48
Belgrado	18	23	25	32	31	34	29	34	35	37	44	40
Zagabria	17	20	29	35	40	30	29	36	38	38	39	32

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 20. Percentuale degli anziani che consideravano la propria salute peggiore di quella di altre persone della propria età

Centro partecipante	Gruppi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Bruxelles	30	13	8	15	8	4	14	4	20	17	12	4		
Leuven	17	9	10	10	5	6	21	14	17	6	6	4		
Berlino Ovest	17	14	12	19	11	11	20	16	12	18	20	16		
Tampere	23	24	14	12	8	4	22	13	13	15	10	8		
Midi-Pyrénées	18	13	15	14	3	11	23	22	15	7	13	8		
Haute-Normandie	13	22	13	6	10	0	16	17	16	12	10	0		
Grecia rurale	16	25	24	30	46	42	25	35	37	39	41	45		
Firenze	6	13	18	7	7	7	24	21	12	16	16	17		
Basso Ombrone	23	17	13	19	15	15	29	19	22	20	21	14		
Amiata Ovest	22	16	15	14	16	15	20	15	27	23	14	10		
Kuwait	10	13	11	14	17	26	16	19	26	26	30	0		
Bialystok	31	30	26	25	30	—	26	26	34	31	42	—		
Bucharest	16	15	24	28	15	20	27	25	30	22	29	31		
Kiev	18	20	22	18	31	21	25	30	33	24	35	28		
Belgrado	13	22	20	26	15	20	19	27	22	25	31	19		
Zagabria	15	14	17	20	22	22	16	25	21	30	30	14		

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 21. Percentuale degli anziani che avevano denunciato di avere avuto un qualche incidente, lesione o malattia cronica che ha condizionato la loro vita compreso il lavoro

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	54	52	32	37	46	52	59	37	52	41	41	63
Leuven	65	67	77	66	73	77	82	80	83	68	69	90
Berlino Ovest	58	60	53	59	63	67	65	62	62	64	73	65
Tampere	71	70	66	67	81	80	62	64	68	79	77	80
Midi-Pyrénées	60	63	61	70	77	75	56	62	57	71	71	70
Haute-Normandie	67	74	64	67	67	53	70	72	74	71	84	63
Grecia rurale	63	70	77	83	85	92	71	83	90	90	86	89
Firenze	45	35	49	55	53	58	54	52	58	63	58	75
Basso Ombro	70	63	65	75	70	75	73	70	73	71	77	78
Amiata Ovest	53	65	57	66	71	73	56	63	68	72	74	68
Kuwait	33	41	32	36	57	54	40	46	53	53	45	64
Bialystok	51	63	48	45	51	—	41	41	43	42	49	—
Bucharest	62	53	67	79	73	90	63	77	80	80	75	82
Kiev	52	68	67	66	42	47	60	62	77	56	64	59
Belgrado	52	52	61	59	57	50	59	62	61	65	61	68
Zagabria	53	56	59	55	58	59	59	68	73	71	66	69

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 22. Percentuale degli anziani che nelle 2 settimane precedenti avevano mostrato spesso o quasi continuamente uno dei 24 segni o sintomi

Centro partecipante	Gruppi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	79	82	72	85	83	91	86	86	80	82	84	80
Leuven	55	58	74	74	65	68	85	69	76	78	77	78
Berlino Ovest	64	63	58	64	75	72	75	78	78	80	82	81
Tampere	73	73	69	81	79	84	79	69	75	76	87	86
Midi-Pyrénées	66	62	56	64	71	72	74	73	67	77	70	78
Haute-Normandie	62	69	68	75	80	71	74	79	75	84	86	71
Grecia rurale	53	65	74	79	86	96	66	84	87	91	78	84
Firenze	55	69	70	65	73	76	87	88	90	85	84	87
Basso Ombone	81	88	76	88	85	88	97	92	92	95	92	89
Amiata Ovest	81	78	78	80	84	82	88	88	94	91	92	94
Kuwait	26	30	29	34	53	68	49	55	53	67	56	61
Bialystok	88	75	82	88	89	—	84	84	82	86	87	—
Bucharest	65	66	83	88	71	74	82	80	93	83	88	90
Kiev	67	60	71	69	61	75	79	86	90	84	91	92
Belgrado	52	66	63	68	69	79	70	78	70	79	84	78
Zagabria	52	51	66	61	68	78	66	71	74	73	73	84

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 23. Percentuale degli anziani che nelle 2 settimane precedenti avevano mostrato spesso o quasi continuamente uno dei 17 segni o sintomi psicosomatici

Centro partecipante	Gruppi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	67	79	72	77	67	75	76	86	76	76	72	75
Leuven	48	52	64	64	50	52	76	65	76	67	69	70
Berlino Ovest	52	49	47	56	63	62	69	71	66	73	70	77
Tampere	62	67	60	64	71	71	62	60	66	69	79	83
Midi-Pyrénées	44	46	46	46	66	59	57	64	56	64	64	65
Haute-Normandie	49	57	53	62	71	57	63	71	69	80	76	71
Grecia rurale	46	55	67	70	76	92	54	72	73	77	65	84
Firenze	46	54	56	43	58	62	81	71	77	73	74	79
Basso Ombrone	74	74	60	74	74	74	92	84	84	84	86	84
Amiata Ovest	73	78	62	71	76	74	79	76	86	86	83	89
Kuwait	12	14	15	18	30	40	28	32	44	41	36	39
Bialystok	59	67	69	69	75	—	65	75	72	77	84	—
Bucharest	39	40	55	60	54	63	59	65	78	68	73	66
Kiev	55	55	61	64	52	67	72	81	83	79	85	87
Belgrado	45	54	54	54	57	60	61	67	59	68	74	68
Zagabria	45	47	59	58	50	70	59	66	72	71	64	81

Tavola 24. Percentuale degli anziani che nelle 2 settimane precedenti avevano mostrato spesso o continuamente uno dei 7 segni o sintomi fisiologici

Centro partecipante	Gruppi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Bruxelles	67	79	72	77	67	75	76	86	76	76	72	75		
Leuven	44	25	32	36	67	52	62	58	44	64	72	50		
Berlino Ovest	38	28	39	44	35	43	68	36	56	54	51	43		
Tampere	52	46	39	46	51	69	55	51	49	51	58	58		
Midi-Pyrénées	48	40	36	54	47	52	55	60	44	61	56	61		
Haute-Normandie	38	41	46	45	60	43	49	53	50	64	65	71		
Grecia rurale	39	42	57	53	66	67	45	63	65	69	71	67		
Firenze	42	44	48	49	55	53	67	74	68	71	69	70		
Basso Ombone	64	62	60	71	69	76	89	82	83	80	84	75		
Amiata Ovest	54	47	60	60	67	61	73	68	77	71	74	66		
Kuwait	19	19	21	26	41	53	32	36	44	42	42	52		
Bialystok	82	61	60	82	76	---	78	65	65	67	64	---		
Bucharest	52	43	69	70	66	60	74	64	79	70	77	77		
Kiev	41	31	48	38	43	58	53	61	66	64	68	73		
Belgrado	29	42	41	52	48	63	49	58	56	64	66	63		
Zagabria	31	30	40	39	50	48	40	37	43	45	46	57		

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 25. Percentuale degli anziani che nelle 2 settimane precedenti avevano sofferto spesso o quasi continuamente di dolori alle articolazioni o male di schiena

Centro partecipante	Gruppi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	41	10	15	23	38	25	55	41	24	48	56	35
Leuven	31	22	29	26	24	26	53	33	41	31	34	30
Berlino Ovest	25	32	32	28	28	31	49	48	43	43	42	39
Tampere	41	39	26	32	29	47	43	43	43	40	40	39
Midi-Pyrénées	39	32	28	40	37	32	44	52	35	51	47	57
Haute-Normandie	28	32	33	34	29	43	42	46	43	55	55	29
Grecia rurale	30	32	45	44	50	38	39	52	56	61	65	60
Firenze	25	29	30	36	35	27	57	60	60	56	52	46
Basso Ombrone	53	50	45	52	45	51	77	70	75	63	64	56
Amiata Ovest	42	34	36	47	47	36	58	51	62	54	55	48
Kuwait	16	15	15	17	32	48	26	29	31	33	34	43
Bialystok	9	26	24	11	29	—	10	30	51	35	55	—
Bucharest	45	36	57	60	55	51	64	57	73	60	71	72
Kiev	31	28	38	31	33	52	45	51	60	52	55	63
Belgrado	22	26	28	29	27	42	41	43	38	51	54	44
Zagabria	20	28	22	26	36	41	29	30	38	37	39	49

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 26. Percentuale degli anziani che nelle 2 settimane precedenti hanno provato stanchezza o sensazioni di debolezza

Centro partecipante	Gruppi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	7	13	7	8	4	13	7	18	12	7	8	20
Leuven	7	3	7	15	2	20	15	17	15	11	14	9
Berlino Ovest	20	10	16	22	16	23	22	16	19	25	30	34
Tampere	17	17	25	25	23	39	21	22	20	23	34	36
Midi-Pyrénées	13	16	16	14	24	23	21	27	25	26	31	31
Haute-Normandie	8	15	10	17	24	21	30	25	33	41	35	14
Grecia rurale	9	12	16	18	28	13	12	16	18	16	16	22
Firenze	10	12	13	14	15	22	24	18	30	30	30	20
Basso Ombrone	37	27	25	36	35	40	37	36	42	42	47	58
Amiata Ovest	19	23	17	23	22	28	22	24	29	36	31	25
Kuwait	1	0	1	0	1	1	0	1	0	2	0	4
Bialystok	20	27	19	25	34	—	36	32	39	37	43	—
Bucharest	1	4	4	3	2	6	16	13	18	16	11	9
Kiev	15	19	24	28	25	31	27	39	39	50	53	48
Belgrado	10	17	19	19	22	29	22	25	21	29	37	39
Zagabria	10	12	15	20	24	37	16	26	27	33	24	38

Figura 1. Percentuale degli anziani che giudicavano la loro salute molto buona

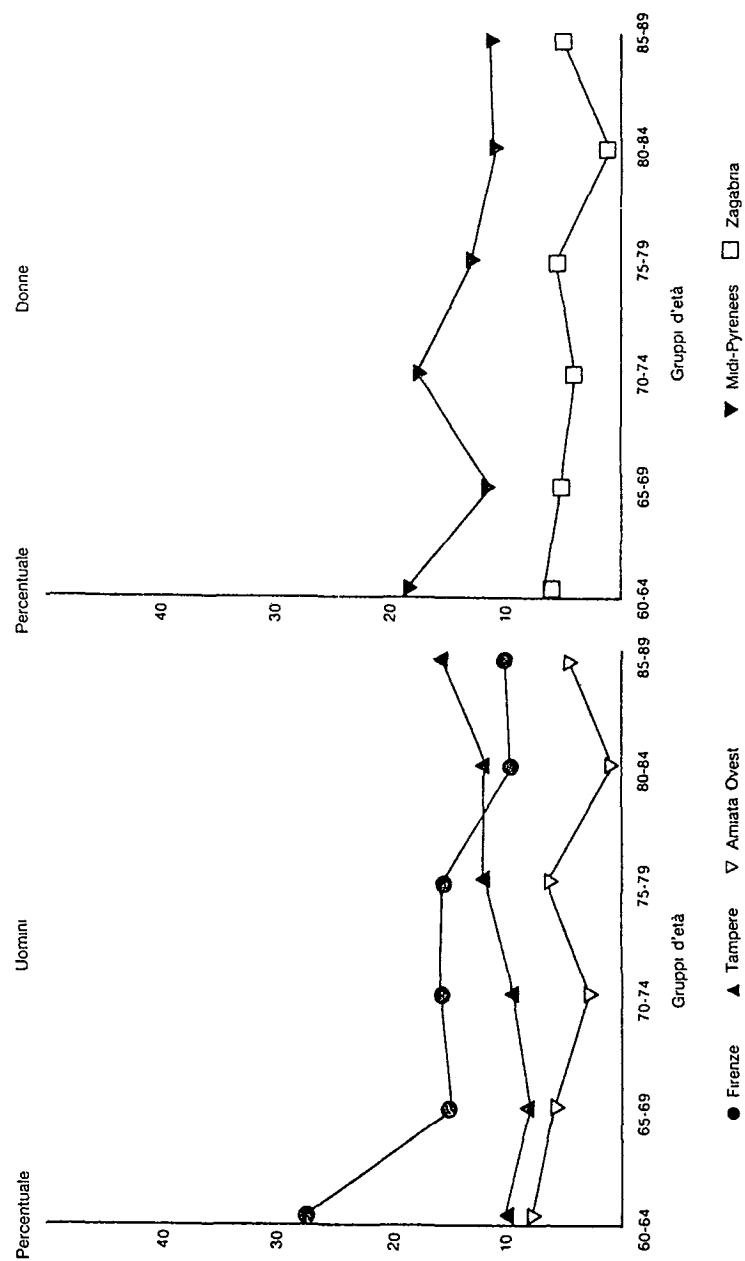


Figura 2. Percentuale degli anziani che avevano denunciato ipertensione

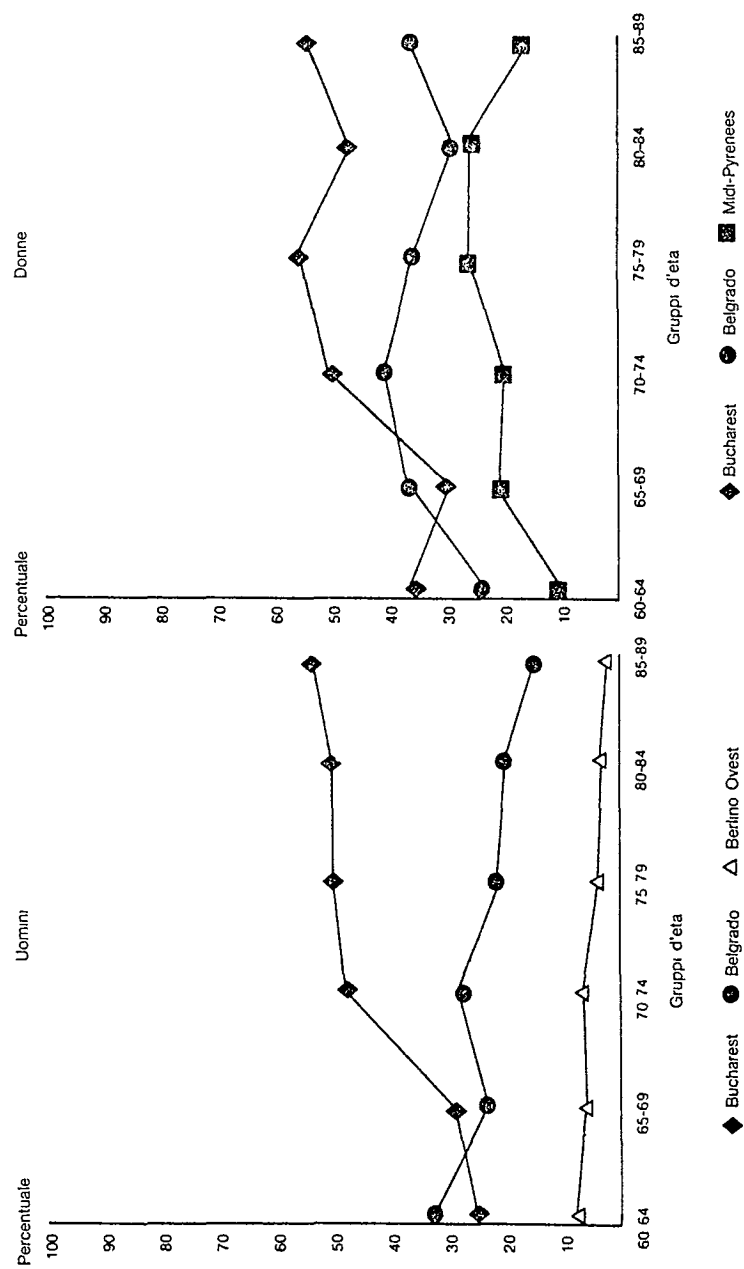


Figura 3. Percentuale degli anziani che avevano denunciato problemi di udito

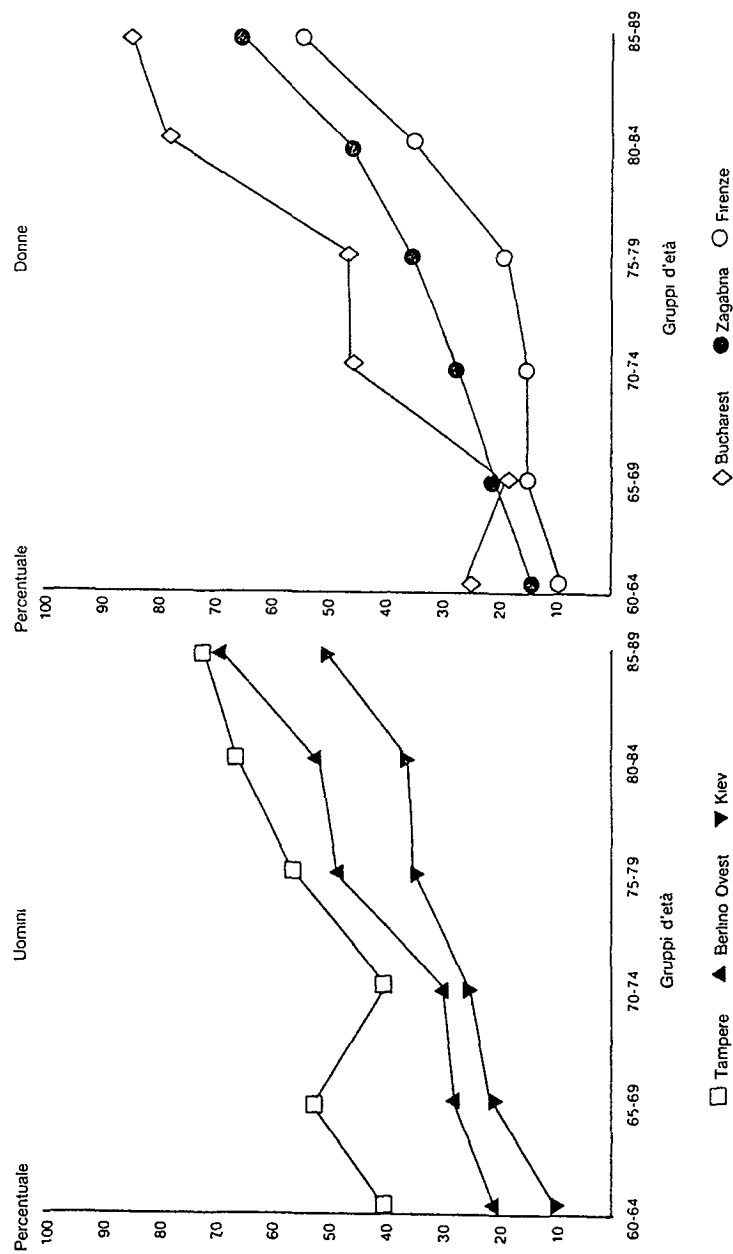


Figura 4. Percentuale degli anziani che avevano difficoltà ad affrontare la vita quotidiana

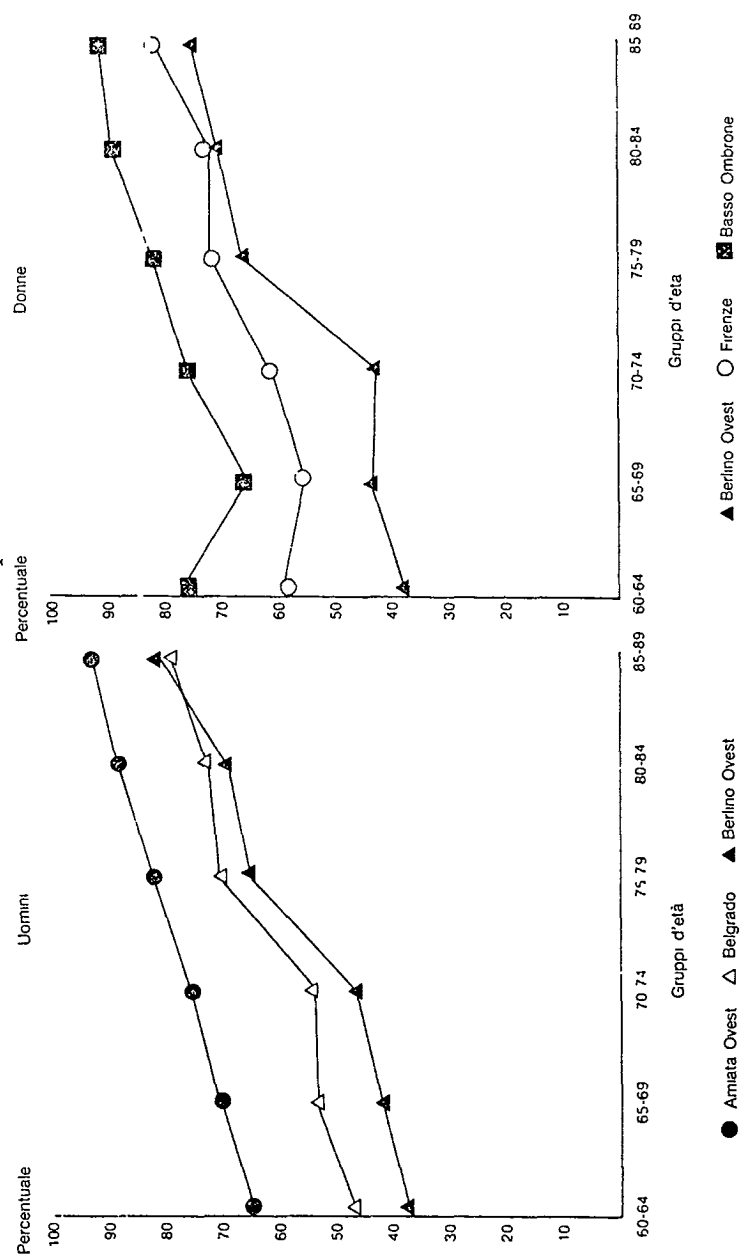
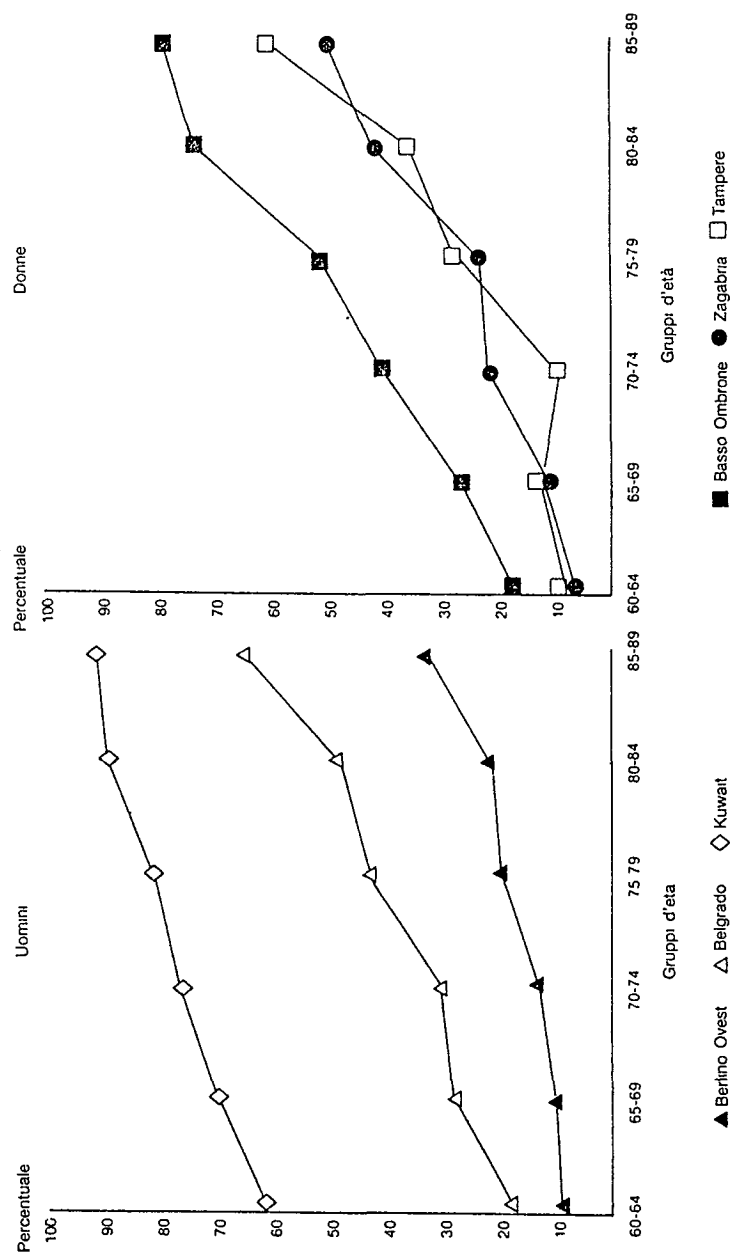


Figura 5. Percentuale degli anziani che avevano avuto difficoltà anche nello svolgere lavori di casa di tipo leggero



X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 27. Percentuale degli anziani che convivevano con più di 4 persone

Centro partecipante	Classi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	85-89
Bruxelles	0	0	4	4	0	0	3	0	4	0	4	7	4	7
Leuven	16	14	5	2	6	12	3	8	7	13	18	9	18	9
Berlino Ovest	2	1	0	0	2	3	2	2	0	1	3	2	3	2
Tampere	5	4	1	1	3	5	3	2	1	3	4	0	4	0
Midi-Pyrénées	13	8	8	13	21	18	7	7	7	11	11	15	11	15
Haute-Normandie	1	5	5	0	5	5	3	1	1	4	3	13	3	13
Grecia rurale	22	22	24	33	31	35	27	18	32	27	27	33	27	33
Firenze	16	10	15	16	18	25	13	22	25	20	18	12	18	12
Basso Ombro	23	32	33	40	47	46	26	34	44	37	42	43	42	43
Amiata Ovest	9	7	13	11	12	11	9	6	11	17	16	12	16	12
Kuwait	84	89	89	92	87	84	81	84	86	95	94	94	94	94
Bialystok	36	31	23	20	27	—	27	25	16	26	24	—	24	—
Bucharest	8	2	11	7	22	20	10	11	11	9	18	13	18	13
Kiev	19	20	17	22	20	11	19	20	15	14	16	18	16	18
Belgrado	23	20	14	14	18	11	14	20	13	13	16	18	16	18
Zagabria	29	24	11	24	12	13	13	14	18	12	13	20	13	20

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 28. Percentuale degli anziani che disponevano di 4 o più vani per loro uso personale

Centro partecipante	Classi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	85-89
Bruxelles	61	62	60	58	48	35	53	58	56	52	41	33		
Leuven	89	83	88	83	87	70	88	86	79	76	66	55		
Berlino Ovest	33	20	23	18	13	17	16	13	7	11	8	7		
Tampere	38	33	26	22	17	27	21	15	15	11	14	13		
Midi-Pyrénées	60	62	57	46	42	40	66	57	58	55	48	39		
Haute-Normandie	64	52	56	52	56	86	58	48	49	42	42	50		
Grecia rurale	7	7	3	9	2	3	13	8	5	4	4	2		
Firenze	41	49	38	48	38	22	40	34	38	29	11	10		
Basso Ombrone	32	36	19	19	18	14	29	25	21	14	10	20		
Amiata Ovest	32	41	34	34	24	27	35	36	27	24	26	19		
Kuwait	1	1	0	3	2	4	0	1	0	0	0	1		
Bialystok	8	6	5	3	2	—	10	7	3	2	5	—		
Bucharest	3	5	2	2	0	0	3	3	1	2	0	1		
Kiev	1	1	0	3	1	1	0	2	2	0	0	0		
Belgrado	5	1	6	3	5	5	3	4	3	4	5	4		
Zagabria	15	13	7	13	7	16	11	7	9	5	7	12		

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 29. Percentuale degli anziani che disponevano di bagno, doccia o sauna

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	81	77	88	73	64	65	80	64	67	76	70	61
Leuven	83	80	64	34	44	52	66	68	45	50	56	52
Berlino Ovest	92	89	80	81	78	77	86	89	85	83	80	74
Tampere	84	94	79	74	83	84	81	80	77	73	67	68
Midi-Pyrénées	79	86	71	71	76	70	85	74	72	73	65	72
Haute-Normandie	80	73	73	56	60	71	73	62	56	54	45	38
Grecia rurale	33	24	16	16	21	16	29	17	18	13	16	17
Firenze	84	93	88	95	84	91	89	91	86	86	84	89
Basso Ombrone	92	90	87	86	88	85	89	87	87	85	87	87
Amiata Ovest	81	77	75	63	59	60	76	77	71	65	61	66
Kuwait	97	100	99	100	99	98	100	99	99	100	99	100
Bialystok	64	62	61	45	56	—	65	67	54	56	55	—
Bucharest	75	78	83	84	89	88	82	77	76	73	81	79
Kiev	94	90	93	96	95	87	87	90	81	87	81	87
Belgrado	83	86	76	77	78	72	90	80	70	67	75	77
Zagabria	89	91	77	80	77	84	88	75	73	73	66	76

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 30. Percentuale degli anziani che disponevano di una lavatrice

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	50	55	35	46	24	4	37	32	26	28	22	33
Leuven	86	49	51	32	51	51	65	61	34	34	56	48
Berlino Ovest	86	68	66	45	48	47	70	59	37	27	25	20
Tampere	72	69	48	52	42	49	50	53	42	33	38	43
Midi-Pyrénées	89	92	87	71	71	84	89	84	67	73	64	69
Haute-Normandie	86	85	78	58	58	79	85	75	67	47	39	50
Grecia rurale	14	13	11	12	10	16	9	6	11	6	11	8
Firenze	93	91	78	84	77	69	84	79	77	64	71	75
Basso Ombro	88	80	81	82	81	83	84	81	78	78	75	69
Amiata Ovest	81	76	74	74	54	57	77	73	69	66	66	55
Kuwait	90	95	95	94	94	89	94	98	93	94	94	97
Bialystok	70	71	65	60	59	—	65	62	60	51	43	—
Bucharest	93	74	78	59	76	79	70	58	49	49	60	56
Kiev	40	35	33	25	19	12	58	51	26	19	11	12
Belgrado	86	85	69	73	77	62	81	78	68	55	60	62
Zagabria	90	88	76	66	75	63	86	72	63	64	56	65

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 31. Percentuale degli anziani che disponevano di un televisore

[illegible]

X LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 32. Percentuale degli anziani che disponevano di un telefono

[illegible]

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 33. Percentuale degli anziani che abitavano oltre il secondo piano senza ascensore

Centro partecipante	Classi di età												
	M							F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	
Bruxelles	3	6	0	0	0	0	7	4	8	7	8	0	
Leuven	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Berlino Ovest	19	17	17	17	18	11	21	15	13	11	15	19	
Tampere	16	4	7	12	4	5	6	5	4	6	5	3	
Midi-Pyrénées	2	1	1	0	3	0	0	2	1	1	1	2	
Haute-Normandie	8	3	2	4	0	0	5	1	3	5	0	0	
Grecia rurale	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Firenze	17	12	8	7	7	9	13	13	11	15	6	11	
Basso Ombrone	1	1	1	0	0	1	0	2	0	0	0	1	
Amiata Ovest	3	1	0	4	0	3	4	2	0	4	3	0	
Kuwait	2	0	2	0	1	1	3	1	0	1	1	0	
Bialystok	7	4	5	4	6	—	5	7	6	10	10	—	
Bucharest	6	3	0	6	6	0	2	6	3	5	0	3	
Kiev	10	14	16	12	14	20	16	13	11	16	17	17	
Belgrado	11	10	7	6	7	5	12	12	7	6	10	4	
Zagabria	15	14	7	10	7	13	10	15	7	7	11	12	

Figura 6. Percentuale degli anziani che vivevano da soli

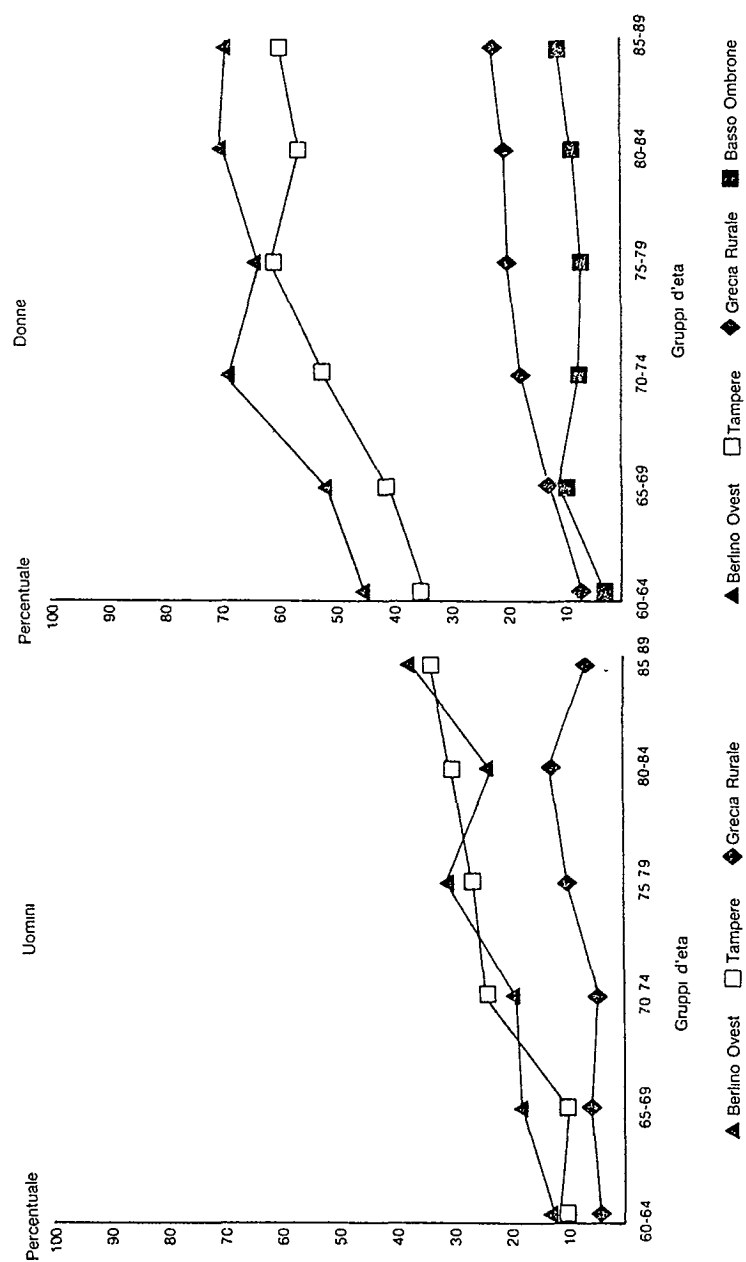


Figura 7. Percentuale degli anziani che vivevano con il coniuge

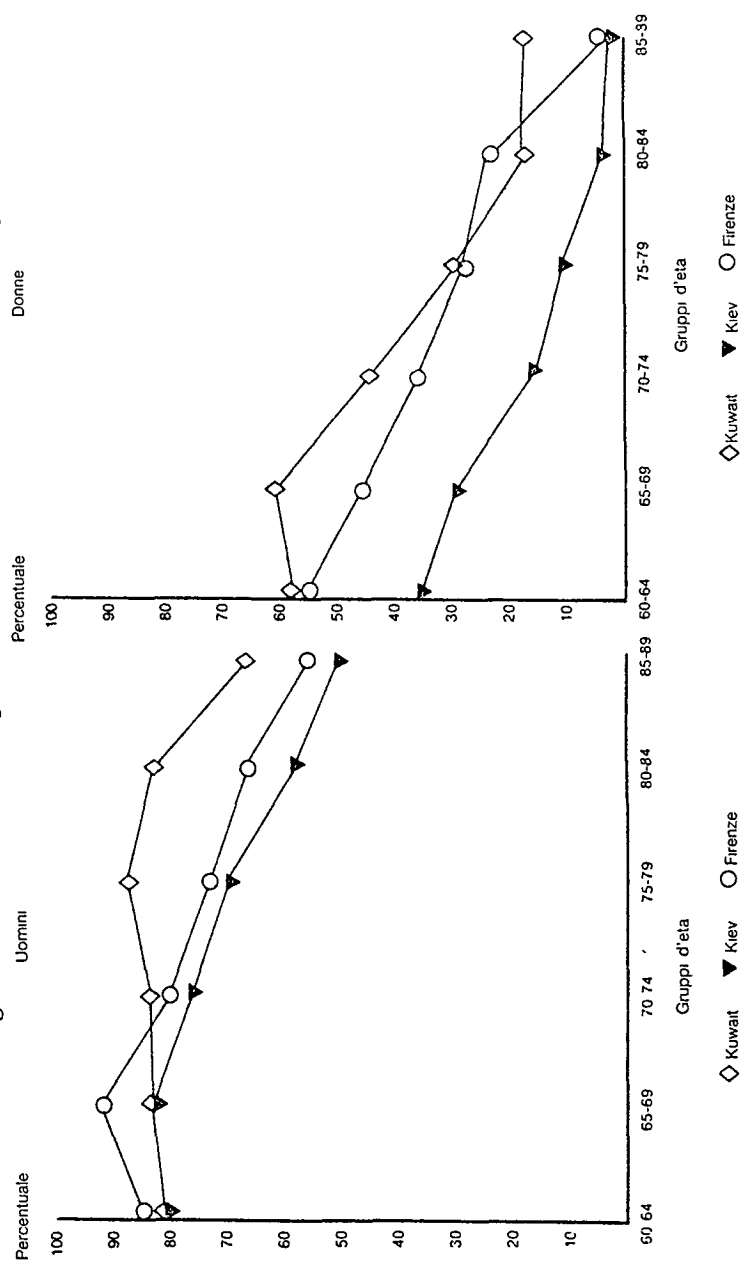


Figura 8. Percentuale degli anziani che vivevano con i figli

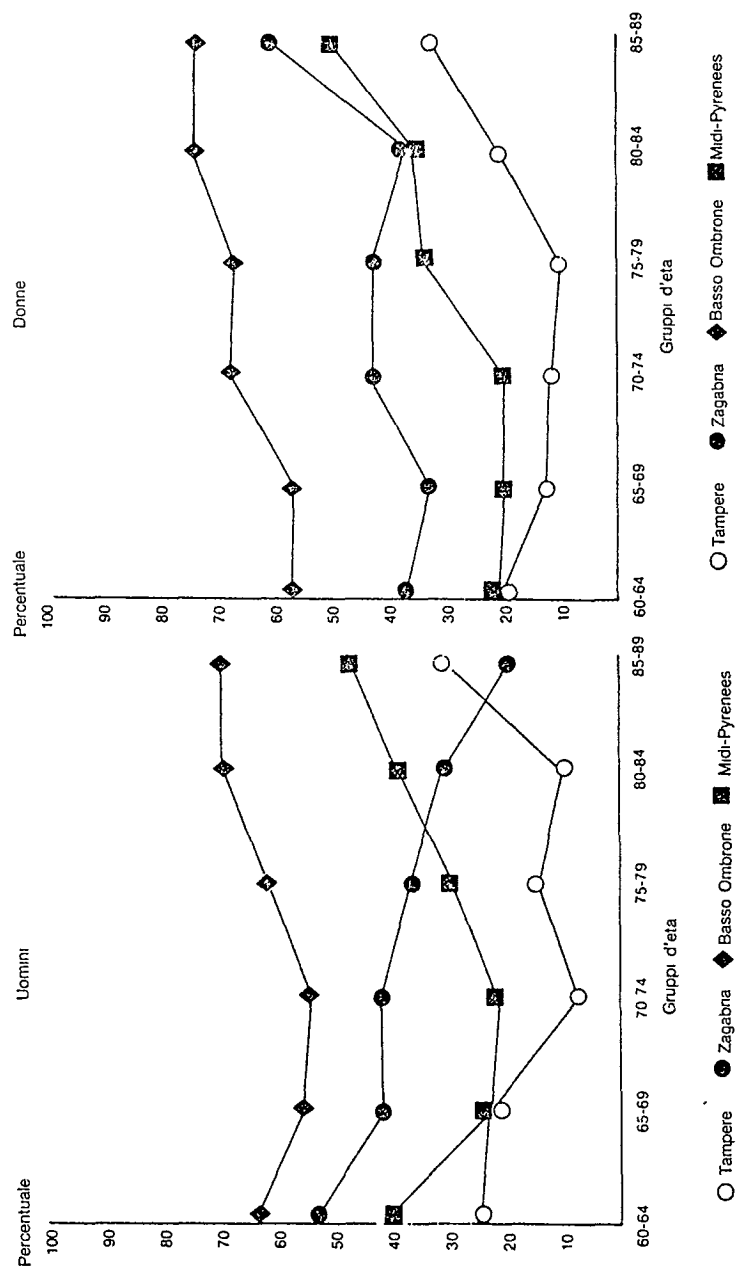
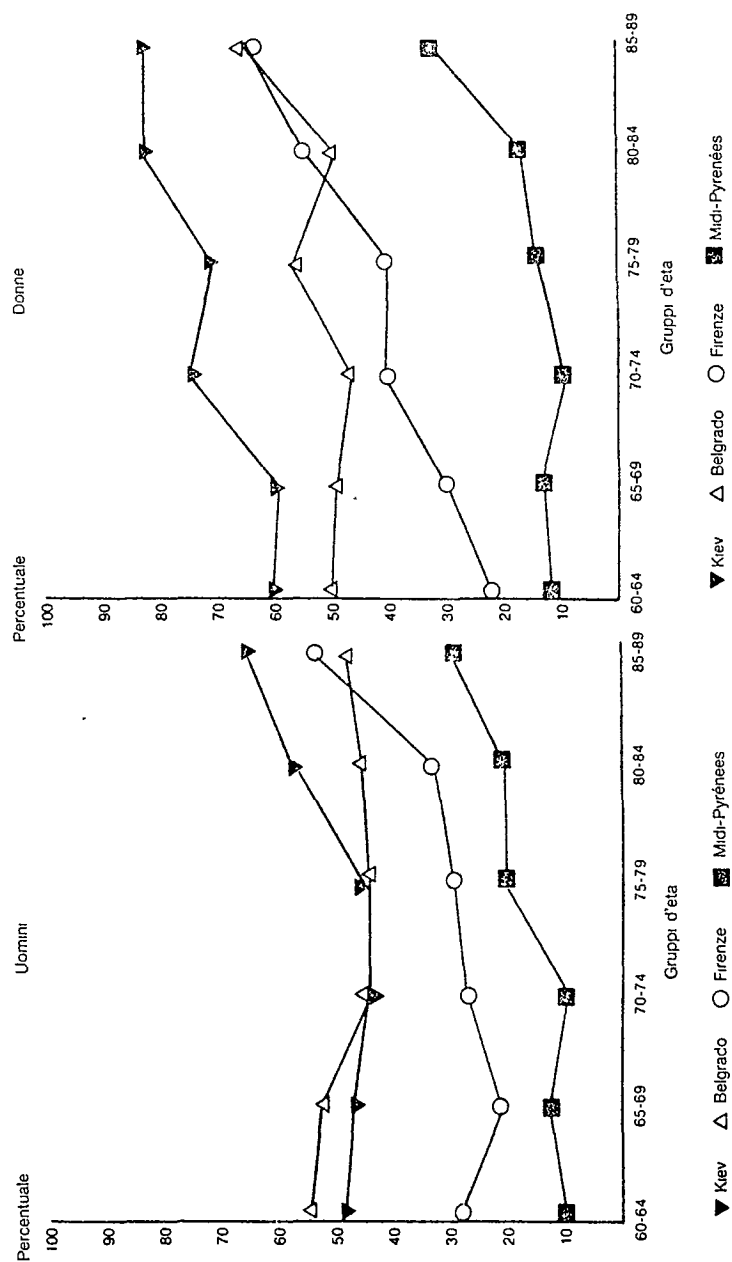
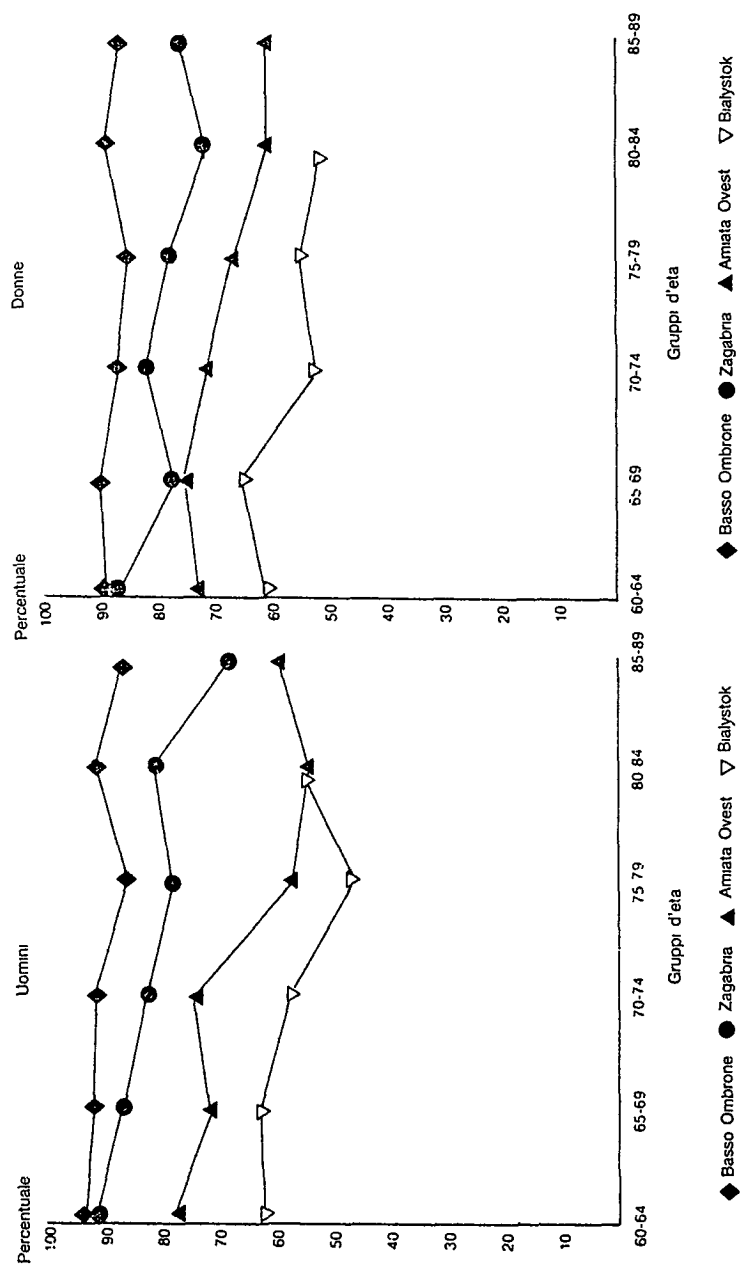


Figura 9. Percentuale degli anziani che disponevano di una sola stanza per loro uso personale





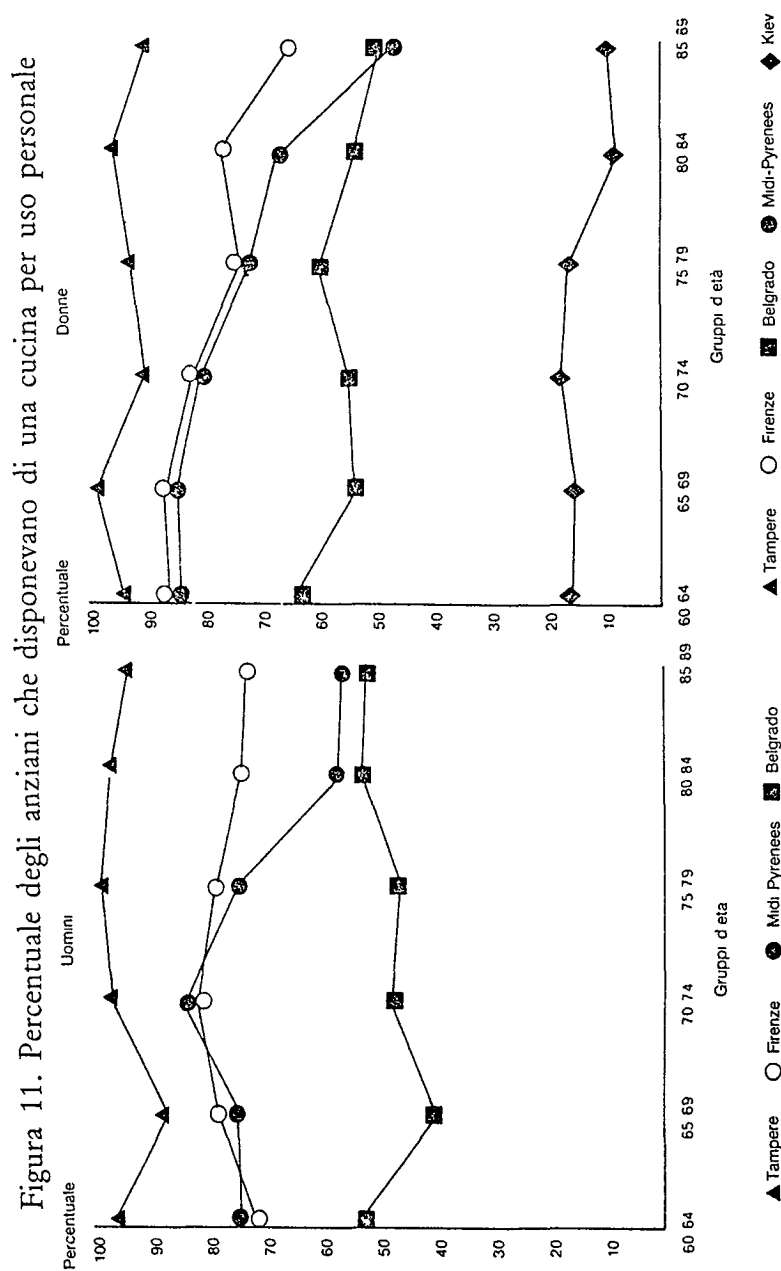


Figura 12. Caratterizzazione del modo di vita individuale delle persone anziane in questo studio

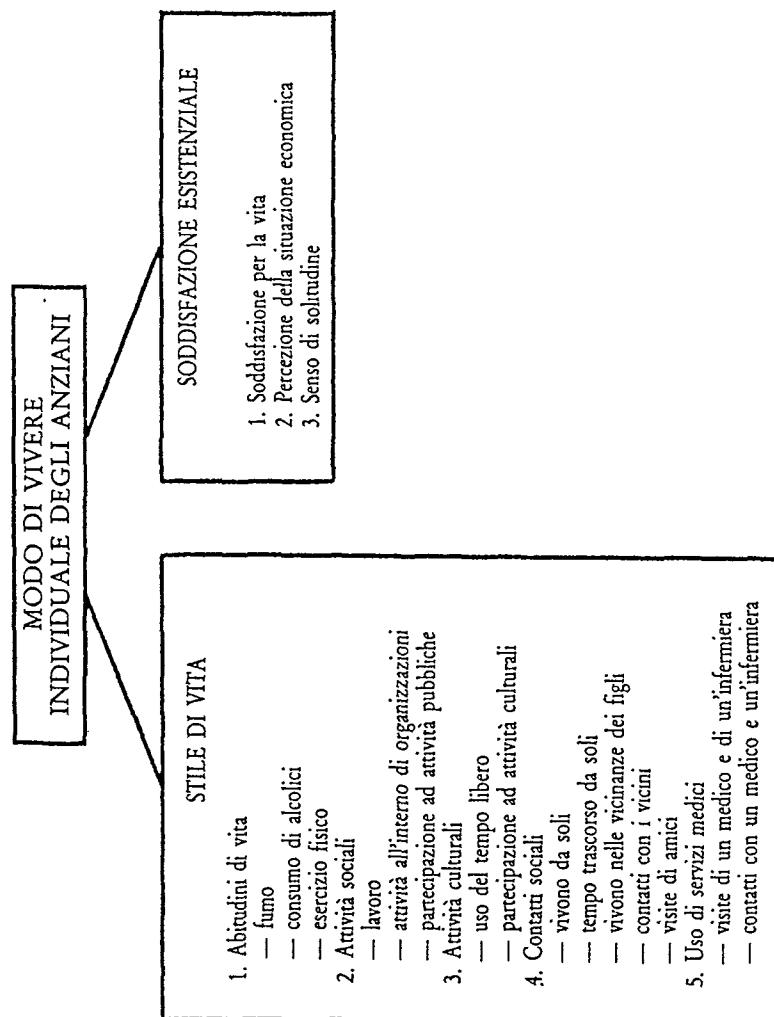
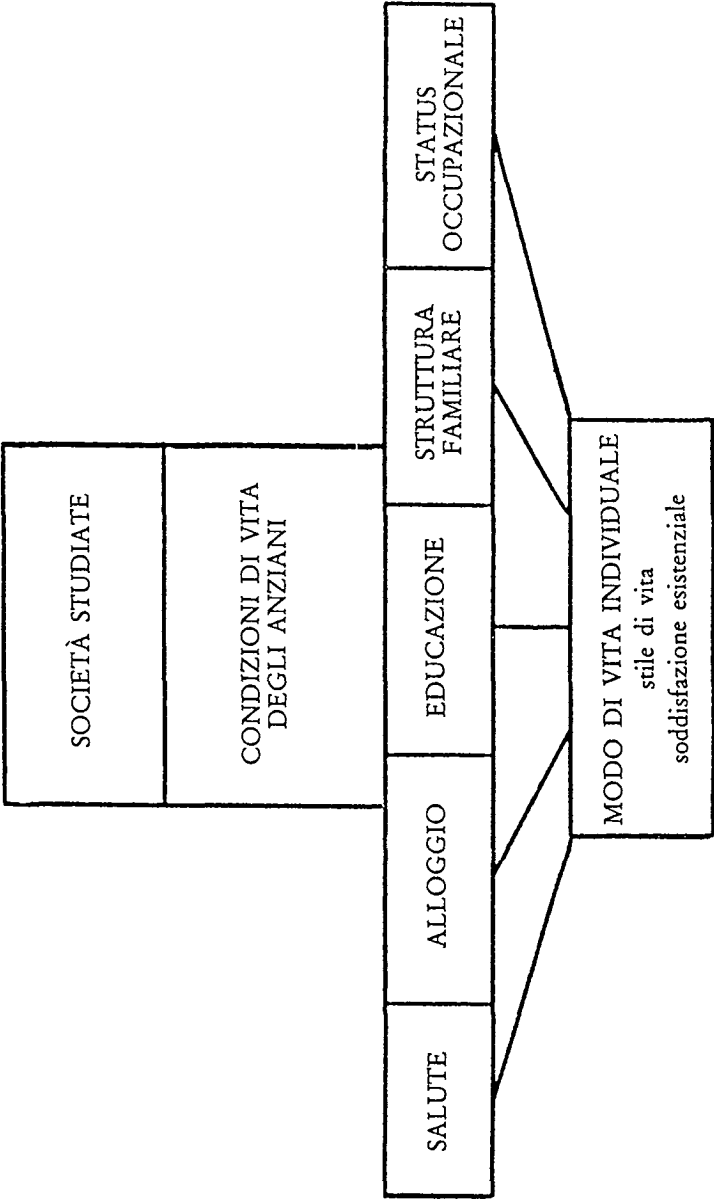


Figura 13. Descrizione ipotetica del modo di vivere degli anziani in rapporto ad alcune variabili di base



X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 34. Percentuale degli anziani che fumavano oltre 14 sigarette al giorno*

Centro partecipante	Classi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69
Bruxelles	36	29	19	22	8	8	17	15	0	0	0	0	0	0
Leuven	17	6	10	12	2	7	6	3	0	0	0	0	0	0
Berlino Ovest	27	22	19	14	8	2	4	8	6	1	1	1	1	1
Tampere	12	12	7	6	3	0	2	2	0	0	0	0	0	0
Midi-Pyrénées	18	9	8	9	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0
Haute-Normandie	10	8	5	7	5	0	3	0	0	0	3	0	0	0
Grecia rurale	23	17	9	9	12	17	1	2	1	0	0	3	0	3
Firenze	27	20	8	3	2	1	10	2	0	1	0	1	0	1
Basso Ombrone	27	17	12	7	4	4	1	1	0	1	0	0	0	0
Amiata Ovest	13	18	12	6	7	4	1	2	1	0	0	0	0	0
Kuwait	27	29	14	17	9	9	3	3	7	0	1	1	1	1
Bialystok	43	24	23	20	12	—	7	4	6	0	0	—	0	—
Bucharest	11	10	4	2	0	0	6	6	1	0	0	0	0	0
Kiev	16	18	10	4	4	2	2	2	2	1	0	0	0	0
Belgrado	32	27	19	19	7	7	12	10	5	2	2	2	2	2
Zagabria	16	20	13	9	7	3	6	3	0	0	0	2	0	2

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 35. Percentuale degli anziani che erano membri attivi di associazioni

Centro partecipante	Classi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Bruxelles	10	10	12	0	13	4	13	15	7	18	7	8		
Leuven	46	31	37	16	25	10	17	16	26	12	15	3		
Berlino Ovest	15	13	10	8	5	3	3	6	8	3	1	1		
Tampere	25	18	18	14	14	11	22	23	26	23	10	8		
Midi-Pyrénées	20	15	14	15	11	0	11	10	15	14	10	3		
Haute-Normandie	13	22	28	15	26	21	14	16	14	7	12	0		
Grecia rurale	6	5	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0		
Firenze	14	5	8	8	3	0	2	0	1	1	0	0		
Basso Ombrone	7	5	3	0	3	1	2	0	0	1	0	0		
Amiata Ovest	4	5	3	1	1	0	0	0	1	1	0	0		
Kuwait	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0		
Bialystok	8	12	14	2	5	—	5	1	4	2	0	—		
Bucharest	15	14	7	6	10	5	2	11	2	0	1	2		
Kiev	28	19	16	16	8	5	6	4	3	1	5	0		
Belgrado	20	16	14	17	10	6	3	3	2	1	4	2		
Zagabria	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 36. Percentuale degli anziani che avevano viaggiato nell'ambito del proprio paese durante gli ultimi 12 mesi (a)

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	57	62	76	37	8	48	73	65	63	34	52	38
Leuven	27	31	28	24	27	2	32	50	36	24	23	12
Berlino Ovest	67	61	65	46	33	28	63	47	50	46	31	24
Tampere	66	67	64	52	56	47	70	76	63	59	35	15
Midi-Pyrénées	59	56	44	46	31	11	54	52	52	41	33	12
Haute-Normandie	67	52	52	31	30	20	63	55	39	41	27	12
Grecia rurale	57	48	50	30	33	52	46	28	31	26	16	15
Kuwait	52	48	39	45	34	24	30	40	37	39	24	20
Bialystok	45	39	29	15	24	—	43	26	14	10	7	—
Bucharest	91	83	78	66	47	36	68	68	61	65	28	29
Kiev	33	26	13	8	9	4	22	20	12	14	7	1
Belgrado	81	68	58	50	44	29	63	62	55	39	32	18
Zagabria	77	69	52	45	33	28	58	63	40	33	24	33

(a) Le aree italiane non sono presenti nella tavola perché manca il 50% delle informazioni.

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 37. Percentuale degli anziani che avevano preso parte a varie attività culturali almeno una volta in un anno

Centro partecipante (a)	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles												
Teatro, cinema, concerto o mostra d'arte	27	24	40	15	13	17	30	27	19	7	19	22
Biblioteche	10	3	15	4	4	8	10	0	4	3	7	4
Sport: l'assistere o il prendere parte	14	17	4	4	0	8	7	5	4	0	0	0
Leuven												
Teatro, cinema, concerto o mostra d'arte	30	17	7	2	10	0	18	13	16	3	10	3
Biblioteche	5	3	0	0	6	0	0	3	0	8	0	0
Sport: l'assistere o il prendere parte	35	28	21	15	2	2	12	3	0	0	0	0
Berlino Ovest												
Teatro, cinema, concerto o mostra d'arte	37	36	35	22	13	7	32	33	29	18	10	13
Biblioteche	8	8	11	7	2	6	6	7	6	4	3	2
Sport: l'assistere o il prendere parte	28	23	22	15	6	3	11	7	5	3	1	0
Tampere												
Teatro, cinema, concerto o mostra d'arte	57	47	41	28	31	25	59	63	58	38	23	8
Biblioteche	33	28	31	19	15	7	29	21	32	15	8	5
Sport: l'assistere o il prendere parte	32	31	19	14	9	9	12	8	0	0	0	0

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 37. Continua

Centro partecipante (a)	Classi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	85-89
Midi- Pyrénées														
Teatro, cinema, concerto o mostra d'arte	11	18	13	14	5	0	15	11	13	7	6	1		
Biblioteche	5	8	4	4	5	2	5	8	5	4	6	1		
Sport: l'assistere o il prendere parte	39	19	24	16	5	3	11	3	5	1	1	0		
Haute- Normandie														
Teatro, cinema, concerto o mostra d'arte	20	14	16	13	12	13	23	21	15	7	7	13		
Biblioteche	8	8	9	11	12	7	11	13	1	12	10	25		
Sport: l'assistere o il prendere parte	23	21	14	11	7	0	1	0	0	2	0	0		
Grecia rurale														
Teatro, cinema, concerto o mostra d'arte	14	15	7	5	4	0	9	5	4	1	0	0		
Biblioteche	2	3	3	4	5	4	0	1	1	0	0	0		
Sport: l'assistere o il prendere parte	6	4	3	1	4	3	2	1	1	1	0	0		
Kuwait														
Teatro, cinema, concerto o mostra d'arte	12	15	0	3	2	2	13	6	2	4	1	1		
Biblioteche	4	4	2	1	2	1	0	1	0	0	1	0		
Sport: l'assistere o il prendere parte	6	7	5	2	1	1	1	1	2	3	1	1		

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 37. Continua

Centro partecipante (a)	Classi di età																	
	M									F								
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bialystok																		
Teatro, cinema, concerto o mostra d'arte	31	22	21	9	13	—	33	20	14	11	4	—						
Biblioteche	15	10	11	5	8	—	14	15	12	9	6	—						
Sport: l'assistere o il prendere parte	14	10	5	3	2	—	1	0	0	0	0	—						
Bucharest																		
Teatro, cinema, concerto o mostra d'arte	74	78	69	56	31	19	70	62	45	55	21	19						
Biblioteche	21	17	24	20	11	2	18	18	11	8	6	7						
Sport: l'assistere o il prendere parte	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—						
Kiev																		
Teatro, cinema, concerto o mostra d'arte	65	52	49	37	17	12	61	59	31	32	10	4						
Biblioteche	29	31	26	26	13	8	18	11	10	13	5	2						
Sport: l'assistere o il prendere parte	18	17	18	4	2	0	4	4	2	0	3	0						
Belgrado																		
Teatro, cinema, concerto o mostra d'arte	25	25	16	12	14	9	29	24	12	7	9	1						
Biblioteche	11	9	7	9	9	7	7	4	1	2	3	1						
Sport: l'assistere o il prendere parte	28	26	17	12	10	4	1	2	4	1	1	3						

Tavola 37. Continua

Centro partecipante (a)	Classi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Zagabria														
Teatro, cinema, concerto o mostra d'arte	46	44	27	18	16	12	42	33	18	14	12	2		
Biblioteche	17	22	15	11	12	16	13	10	9	8	4	6		
Sport: l'assistere o il prendere parte	34	28	19	20	16	0	10	6	3	8	1	3		

(a) Informazioni non disponibili per Firenze, Basso Ombrone e Amiata Ovest. Manca oltre l'80% delle informazioni.

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 38. Percentuale degli anziani che avevano dichiarato di ricevere poche visite (un mese o più di intercorrenza tra una visita e l'altra)

Centro partecipante	Classi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Bruxelles	17	6	26	12	18	4	7	8	8	14	12	8		
Leuven	6	0	3	5	7	26	3	6	3	6	6	20		
Berlino Ovest	6	10	9	15	13	30	6	9	10	15	20	15		
Tampere	5	7	4	6	8	6	1	2	2	7	9	3		
Midi-Pyrénées	1	2	5	11	3	5	2	0	4	4	8	6		
Haute-Normandie	1	1	5	0	5	0	1	3	1	2	7	13		
Grecia rurale	1	4	2	3	2	13	1	0	0	1	6	12		
Firenze	4	5	5	1	7	17	2	6	10	14	6	3		
Basso Ombrone	5	5	8	7	5	3	6	6	2	5	9	8		
Amiata Ovest	7	10	12	4	9	11	4	6	3	6	0	6		
Kuwait	4	2	5	2	2	3	4	3	2	3	7	13		
Bialystok	9	10	10	8	12	—	6	9	12	18	20	—		
Bucharest	1	2	0	2	4	12	0	1	2	2	11	3		
Kiev	9	6	13	12	17	17	4	11	8	17	13	21		
Belgrado	4	3	5	4	7	7	2	3	6	10	9	6		
Zagabria	4	4	6	11	9	10	5	3	5	7	12	15		

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 39. Percentuale degli anziani che erano impegnati a tempo pieno o a metà tempo al momento dell'indagine

Centro partecipante	Classi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	85-89
Bruxelles	46	29	15	7	4	8	23	14	7	11	11	4		
Leuven	40	6	0	10	0	2	3	5	0	0	3	3		
Berlino Ovest	45	19	13	6	2	4	17	6	6	5	1	1		
Tampere	38	13	6	1	5	4	24	7	3	1	1	0		
Midi-Pyrénées	37	20	9	14	3	2	20	10	5	2	2	1		
Haute-Normandie	29	18	9	11	2	7	18	8	3	3	3	0		
Grecia rurale	75	68	54	36	32	12	39	26	13	19	5	6		
Firenze	44	24	23	12	10	5	21	7	4	1	0	1		
Basso Ombone	62	50	42	31	18	11	15	19	9	11	7	7		
Amiata Ovest	58	47	43	30	16	6	14	5	5	2	1	0		
Kuwait	60	59	50	27	27	10	2	10	6	5	2	1		
Bialystok	64	37	19	12	12	—	40	11	6	3	0	—		
Bucharest	9	4	4	4	5	0	1	6	8	1	0	1		
Kiev*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Belgrado	34	16	7	7	5	3	5	1	1	1	2	1		
Zagabria	38	16	15	9	10	3	14	8	2	0	5	0		

(a) Manca il 70% delle informazioni.

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 40. Percentuale degli anziani che spesso si sentivano soli

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	22	10	15	13	22	24	21	12	20	17	16	20
Leuven	3	0	5	11	3	7	9	3	13	6	3	5
Berlino Ovest	3	5	5	10	7	10	5	10	12	15	22	20
Tampere	7	9	9	5	8	18	6	8	10	13	14	14
Midi-Pyrénées	4	6	4	6	17	7	12	11	10	21	10	22
Haute-Normandie	10	7	3	9	10	17	12	12	16	29	32	29
Grecia rurale	31	26	24	31	47	33	37	44	45	43	51	48
Firenze	0	4	9	6	14	10	21	17	28	18	20	24
Basso Ombrone	9	11	4	12	15	25	18	22	23	20	25	28
Amiata Ovest	10	15	9	21	17	16	19	19	26	26	32	23
Kuwait	2	3	2	2	5	15	6	4	3	4	16	13
Bialystok	5	10	7	15	17	—	11	13	24	27	31	—
Bucharest	3	4	6	10	7	3	11	11	18	26	24	18
Kiev	8	10	14	10	16	23	20	30	31	41	30	26
Belgrado	6	9	8	14	12	19	17	20	25	33	31	33
Zagabria	5	10	10	9	18	19	14	18	19	20	26	5

Figura 14. Percentuale degli anziani che fumavano abitualmente

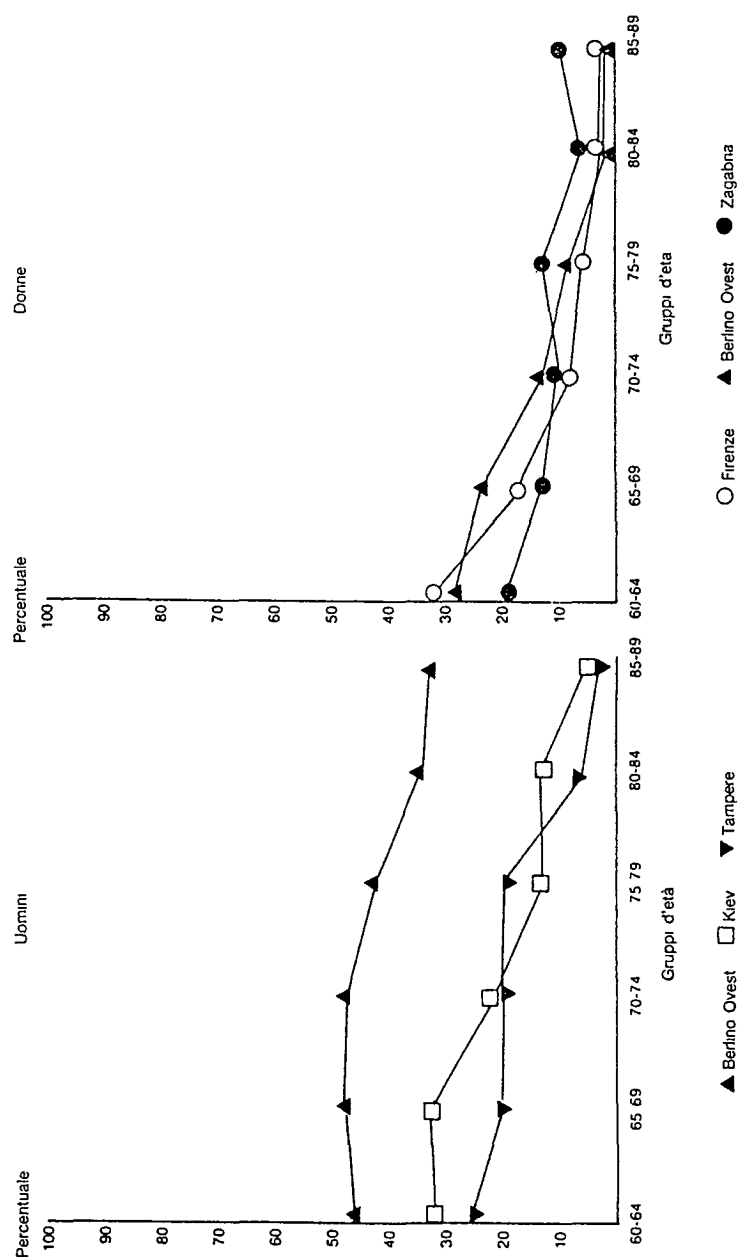


Figura 15. Percentuale degli anziani che facevano uso di bevande alcoliche

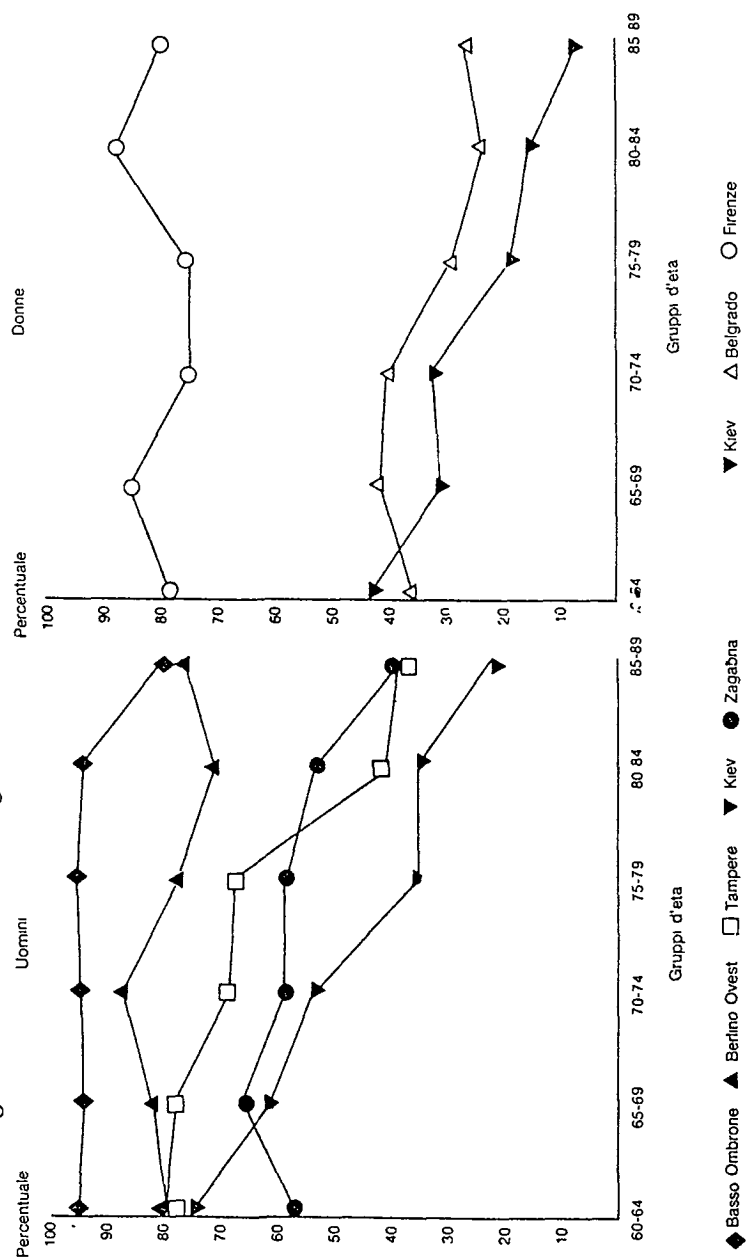


Figura 16. Percentuale degli anziani che facevano uso frequente di bevande alcoliche

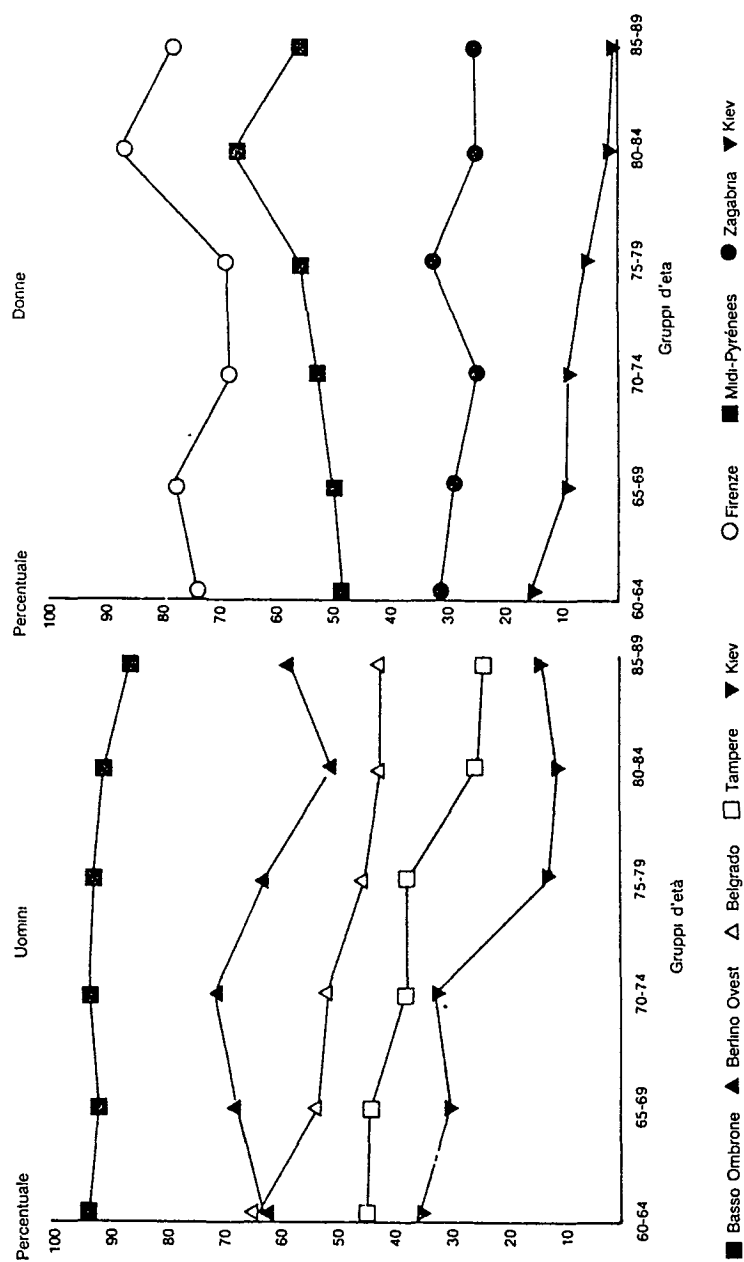


Figura 17. Percentuale degli anziani che avevano praticato attività sportive

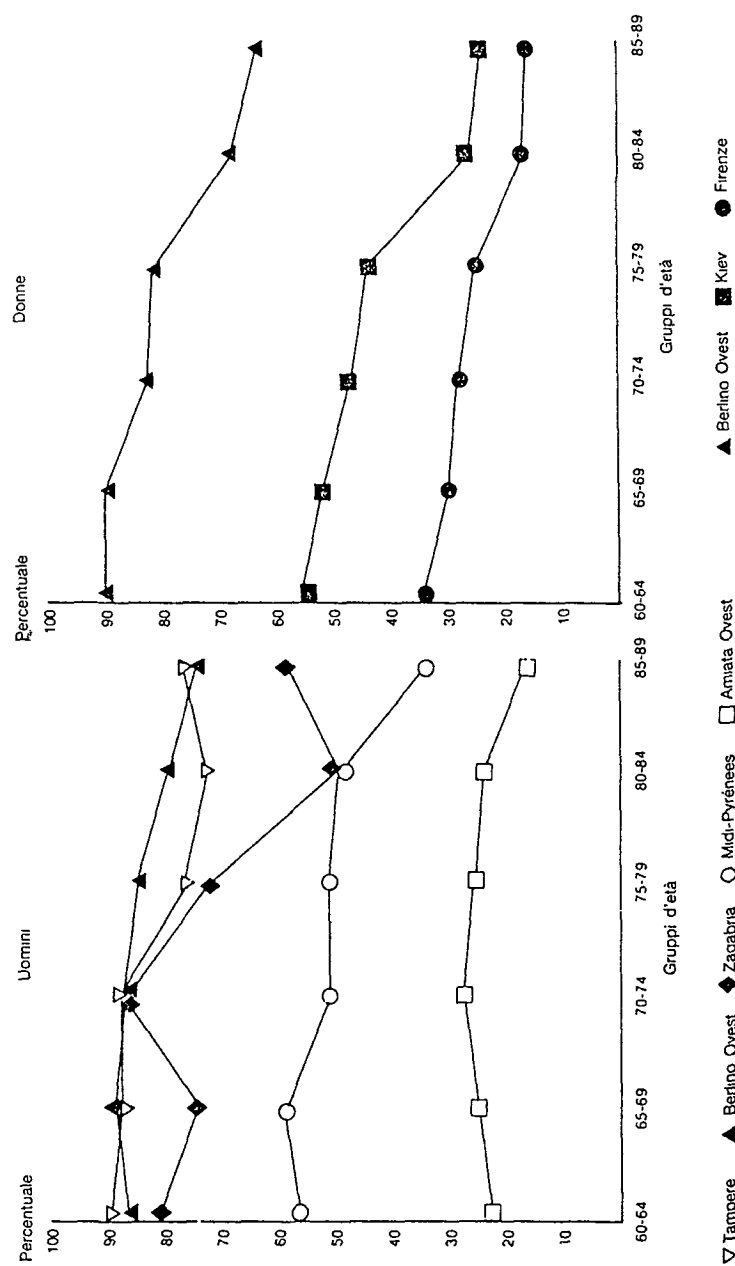


Figura 18. Partecipazione a circoli, associazioni, società: percentuale dei membri attivi.

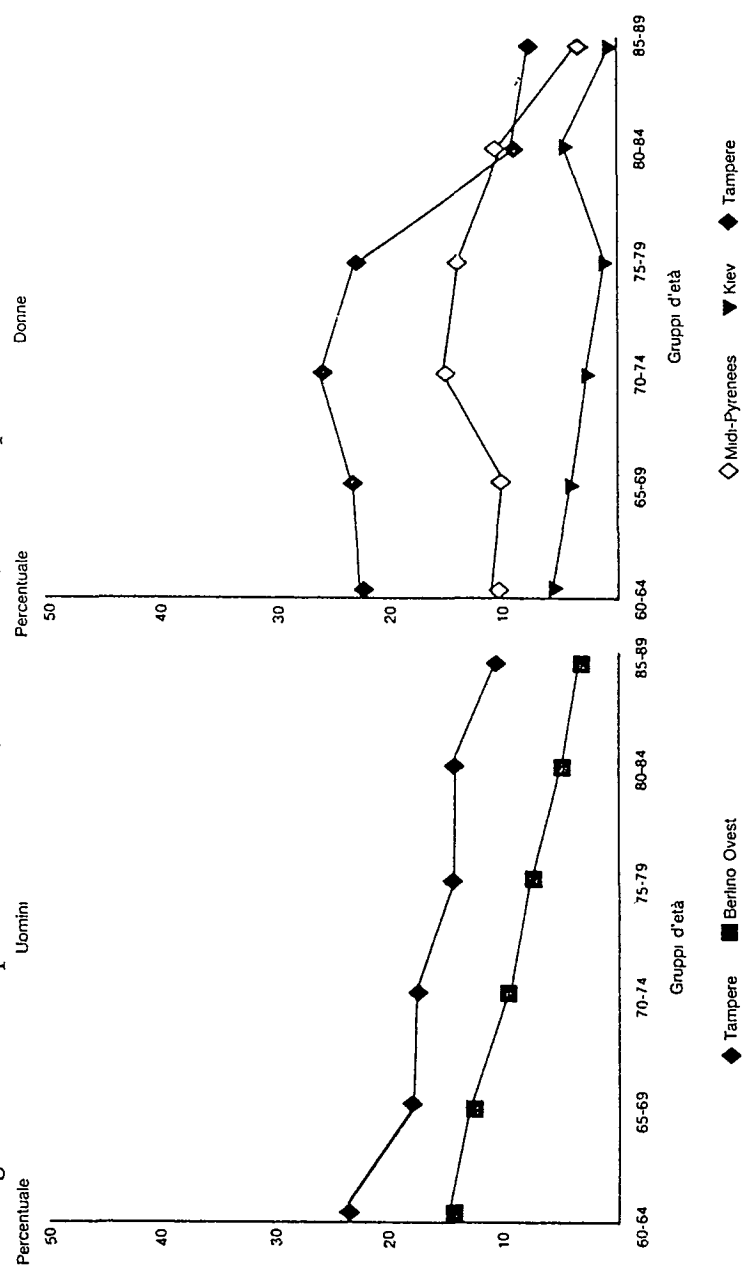


Figura 19. Media delle occasioni in cui un anziano aveva partecipato ad attività sociali durante l'anno precedente

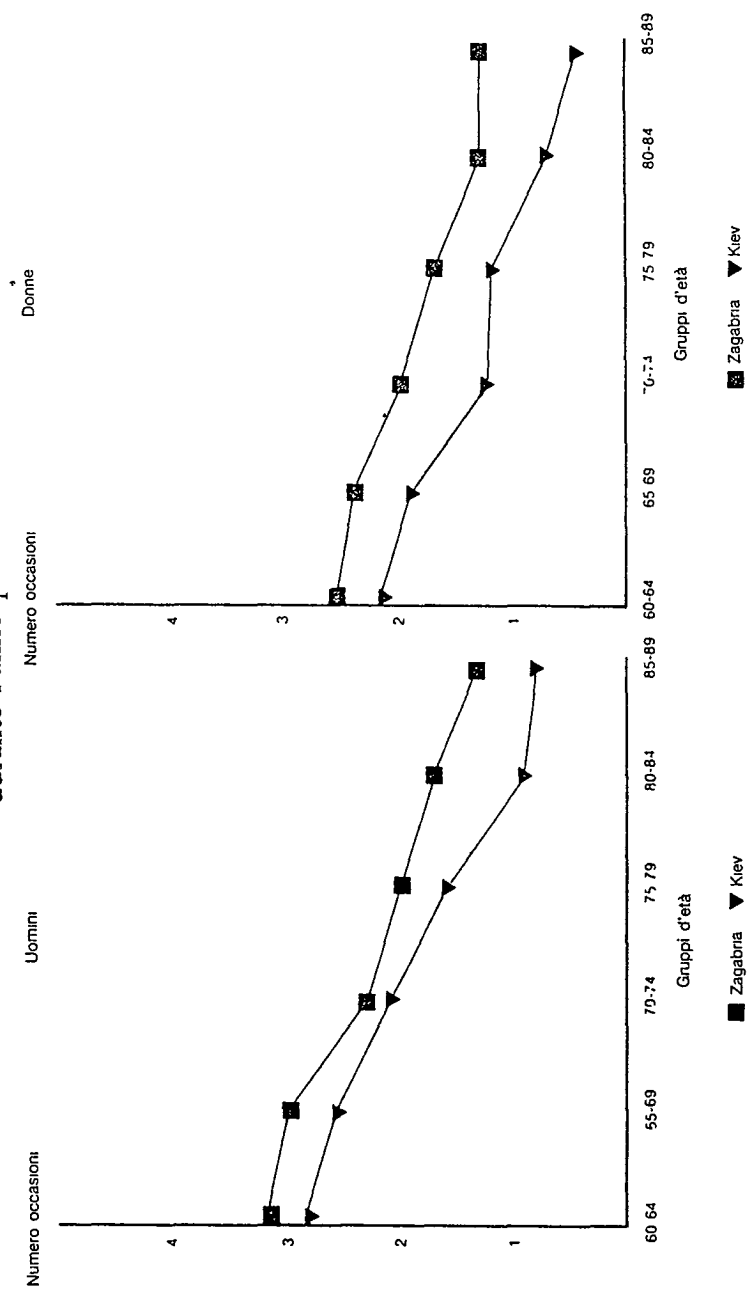


Figura 20. Totale delle singole occasioni in cui un anziano aveva partecipato ad attività sociali durante l'anno precedente

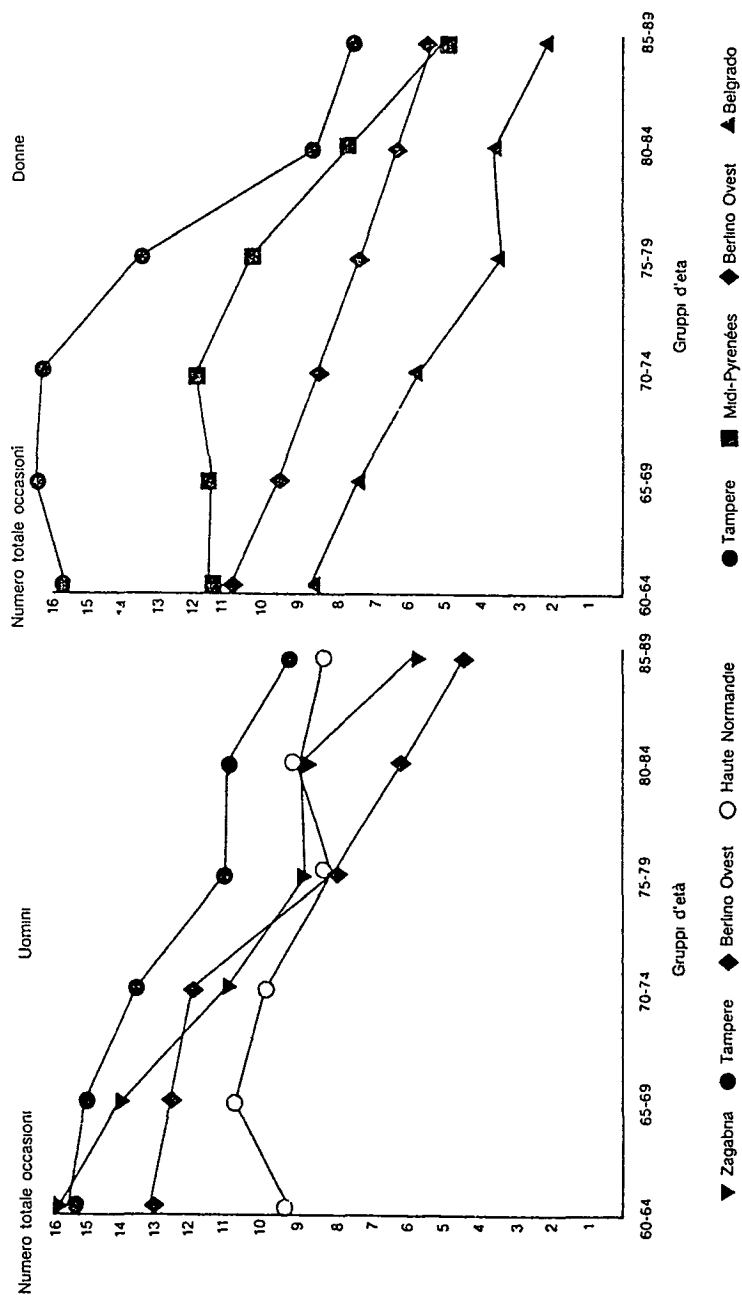


Figura 21. Media delle visite per anziano effettuato da un medico o da un infermiere nei 12 mesi precedenti

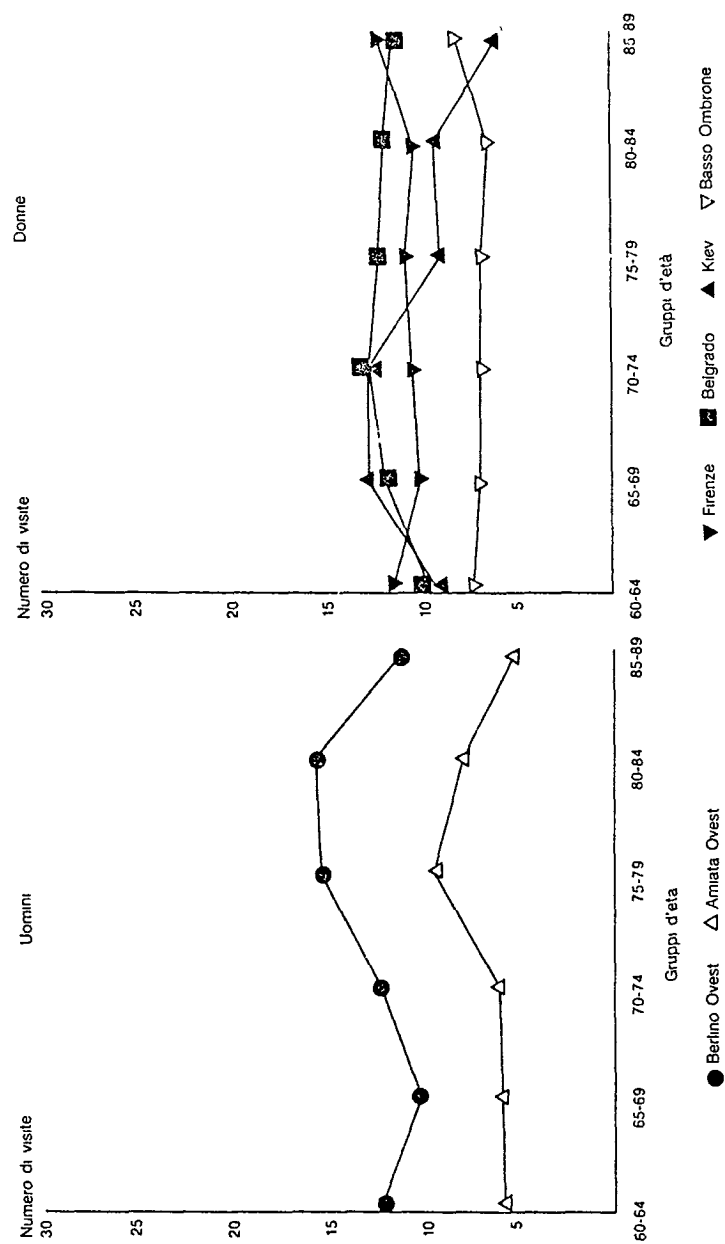


Figura 22. Percentuale degli anziani che erano soddisfatti della loro vita attuale

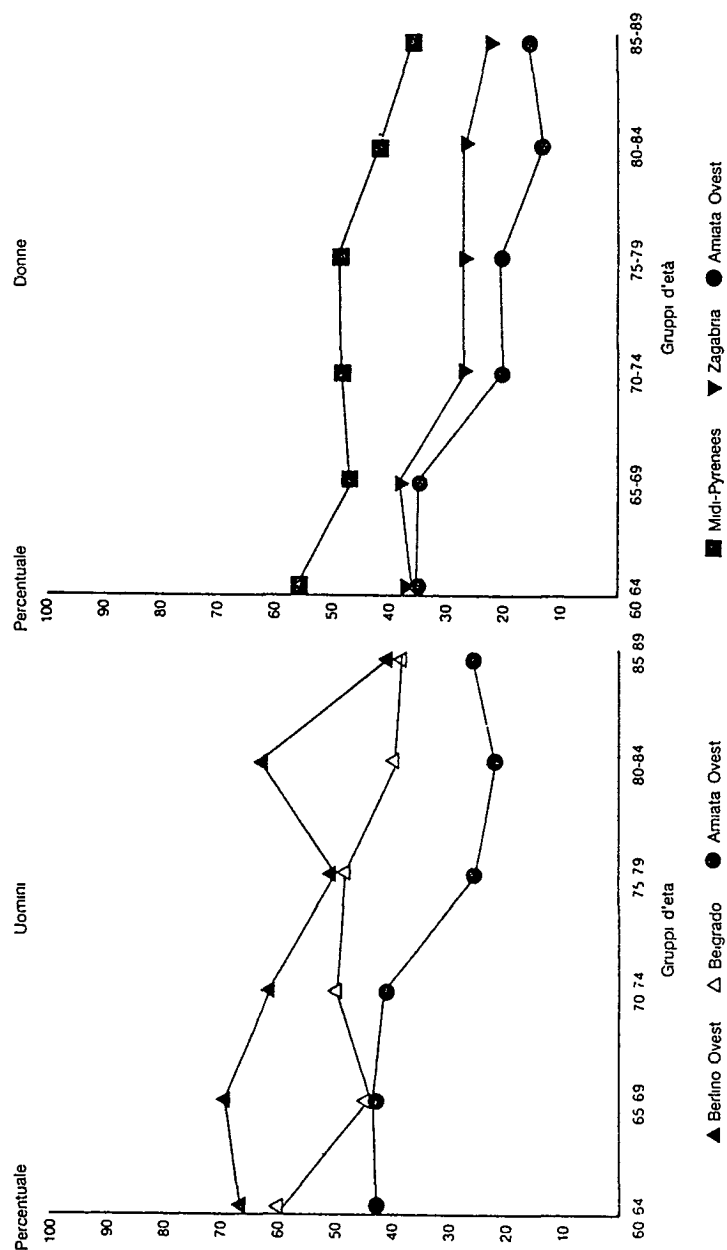


Figura 23. Percentuale degli anziani che erano soddisfatti della loro vita passata

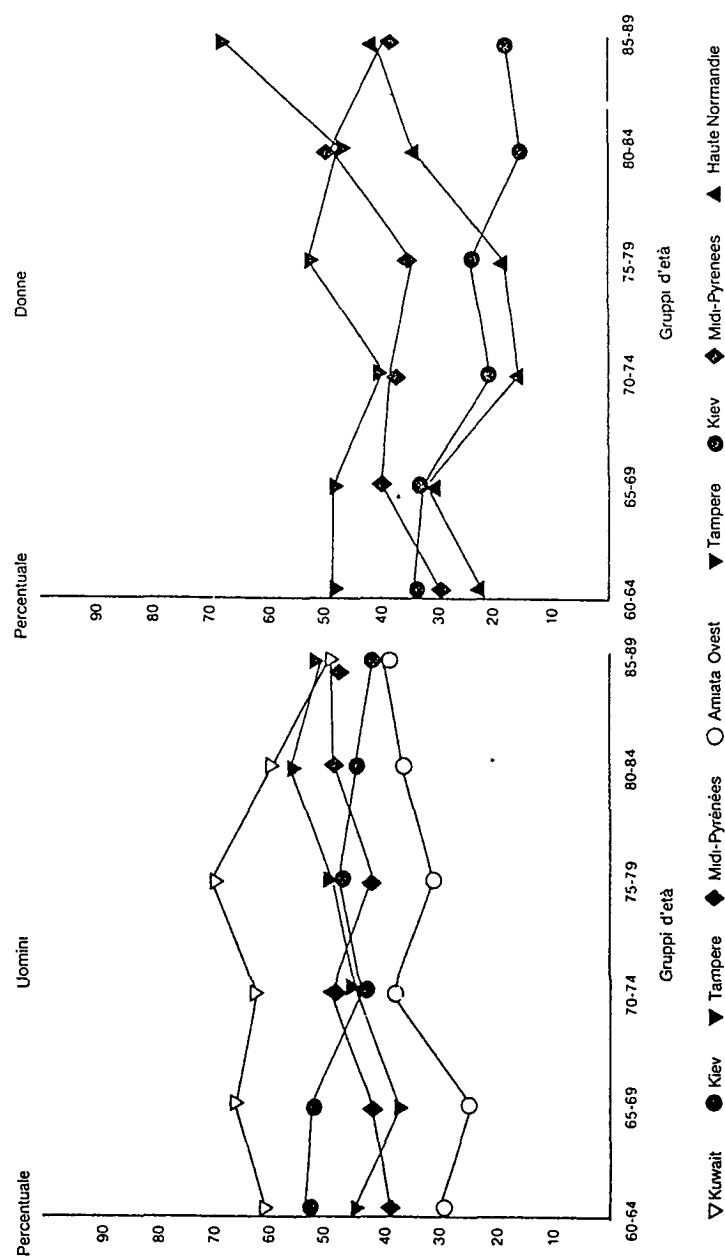
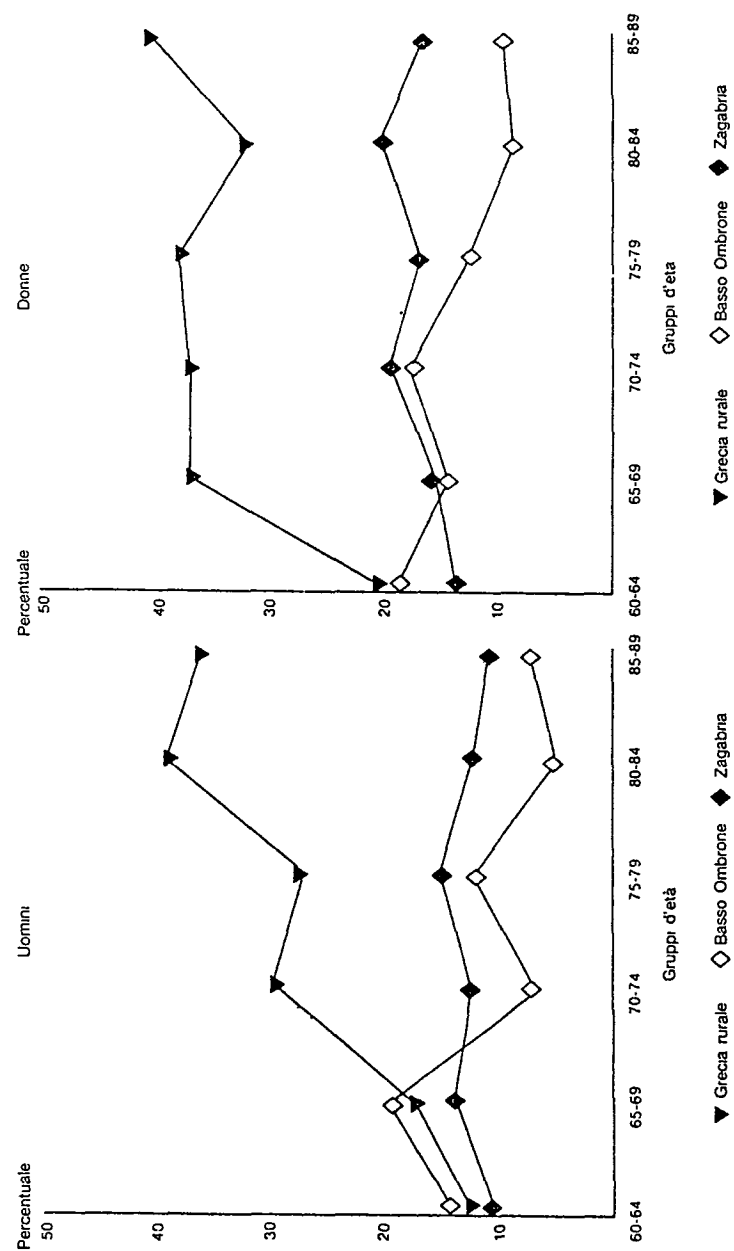


Figura 24. Percentuale degli anziani che giudicavano cattiva la propria situazione economica



X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 41. Percentuale degli anziani che erano stati visitati da un medico nei 12 mesi precedenti

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	14	45	31	58	64	64	43	50	67	62	74	68
Leuven	43	47	56	66	72	69	53	57	61	74	79	84
Berlino Ovest	9	8	13	25	26	32	11	15	15	18	36	36
Tampere	0	2	4	8	6	2	1	2	7	7	9	15
Midi-Pyrénées	36	38	49	55	79	79	39	40	57	65	67	81
Haute-Normandie	37	48	48	65	77	71	52	59	65	77	62	87
Grecia rurale	19	20	29	28	53	35	27	35	40	39	40	36
Firenze	32	45	49	60	67	72	49	51	51	60	75	77
Basso Ombrone	47	43	45	49	60	74	52	50	54	65	63	68
Amiata Ovest	32	33	41	33	45	49	32	29	33	51	55	61
Kuwait	2	2	5	1	8	9	1	1	4	3	5	14
Bialystok	7	27	16	29	38	—	13	38	27	41	55	—
Bucharest	6	19	17	31	31	57	18	30	22	30	45	64
Kiev	46	53	50	59	59	65	62	60	64	58	55	64
Belgrado	14	26	22	37	35	48	26	27	26	41	50	59
Zagabria	12	14	21	28	30	35	18	17	27	33	34	39

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 42. Percentuale degli anziani che erano andati da un medico nei 12 mesi precedenti

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	75	64	69	58	48	36	63	59	59	48	30	37
Leuven	46	43	43	27	35	21	61	41	46	43	13	13
Berlino Ovest	86	87	87	84	88	76	93	90	87	83	78	67
Tampere	79	87	76	75	78	80	83	81	85	80	77	84
Midi-Pyrénées	77	68	60	57	50	20	63	68	51	51	40	19
Haute-Normandie	58	55	55	50	58	43	62	65	48	40	42	25
Grecia rurale	46	53	70	62	72	68	64	67	77	73	61	58
Firenze	64	80	78	72	62	51	79	80	69	59	56	42
Basso Ombro	70	73	71	75	58	37	84	80	78	66	51	32
Amiata Ovest	68	71	72	69	67	44	80	78	77	67	54	32
Kuwait	24	36	43	33	43	47	41	29	35	42	51	42
Bialystok	71	59	56	67	59	—	63	70	72	65	63	—
Bucharest	72	78	76	90	58	50	79	86	85	87	61	51
Kiev	66	64	63	67	58	53	75	72	59	49	27	25
Belgrado	70	72	76	75	66	60	75	81	75	73	61	40
Zagabria	49	39	45	40	53	20	44	56	50	47	44	29

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 43. Percentuale degli anziani che erano andati da un dentista nei 12 mesi precedenti

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	13	10	31	12	8	8	33	8	7	18	7	0
Leuven	25	9	5	7	9	2	18	9	2	6	8	0
Berlino Ovest	20	19	19	14	7	6	31	28	16	8	6	8
Tampere	23	20	19	4	8	9	29	26	19	12	5	5
Midi-Pyrénées	13	18	19	12	8	2	24	12	12	9	6	2
Haute-Normandie	25	7	6	12	12	7	23	14	6	7	7	0
Grecia rurale	7	9	10	5	2	6	13	8	8	5	5	2
Firenze	22	19	15	10	11	8	16	14	15	12	7	1
Basso Ombone	24	22	11	9	7	5	23	15	10	3	4	3
Amiata Ovest	8	9	6	6	4	1	10	7	3	4	1	5
Kuwait	16	21	15	14	18	8	11	19	22	16	14	4
Bialystok	81	48	36	72	47	—	76	52	17	37	6	—
Bucharest	15	16	13	14	2	7	18	38	23	18	5	4
Kiev	26	20	19	16	9	8	28	21	16	11	7	2
Belgrado	24	18	16	8	10	7	25	12	11	8	9	1
Zagabria	21	17	14	15	5	0	27	12	13	13	6	3

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 44. Percentuale degli anziani che erano stati visitati da un infermiere o da un assistente sanitario nei 12 mesi precedenti

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	10	0	4	7	8	0	17	14	11	17	11	8
Leuven	3	0	2	2	4	14	3	3	7	11	18	19
Berlino Ovest	2	0	4	2	7	5	2	1	2	2	12	11
Tampere	1	3	9	12	16	1	4	2	9	19	28	37
Midi-Pyrénées	17	21	13	23	42	32	22	26	24	36	20	32
Haute-Normandie	22	18	28	41	44	21	24	34	35	53	52	25
Grecia rurale	6	4	5	5	7	8	8	4	6	8	7	6
Firenze	3	4	9	6	3	6	5	4	6	5	5	6
Basso Ombrone	2	2	6	4	4	10	3	0	6	8	5	9
Amiata Ovest	0	0	1	1	1	1	0	3	1	3	1	1
Kuwait	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	4
Bialystok	3	12	7	7	6	—	4	12	6	11	25	—
Bucharest	15	17	13	19	22	26	16	26	18	15	16	28
Kiev	4	13	15	9	17	14	11	16	16	13	13	7
Belgrado	24	25	26	42	50	49	29	32	41	41	46	49
Zagabria	1	1	4	13	12	12	2	6	7	8	12	6

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 45. Percentuale degli anziani che erano stati visitati da un infermiere nei 12 mesi precedenti

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	0	3	8	0	0	0	13	4	4	0	0	4
Leuven	0	3	2	2	0	0	6	0	2	3	3	0
Berlino Ovest	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0
Tampere	36	42	32	28	20	27	37	42	46	39	19	17
Midi-Pyrénées	1	0	0	0	0	0	2	1	1	4	0	0
Haute-Normandie	3	0	10	6	14	0	15	10	11	7	0	0
Grecia rurale	17	16	20	18	16	20	21	21	21	21	7	19
Firenze	0	0	3	1	3	1	3	4	1	1	2	0
Basso Ombrone	1	1	1	2	2	0	0	2	2	0	1	1
Amiata Ovest	1	0	0	1	1	1	2	3	8	1	1	1
Kuwait	2	5	3	13	2	2	2	1	7	6	2	4
Bialystok	10	10	8	12	11	—	11	16	10	18	12	—
Bucharest	28	38	28	41	18	33	26	32	44	38	21	23
Kiev	3	7	12	11	5	1	4	13	12	6	4	3
Belgrado	12	16	16	19	16	11	12	18	24	21	17	8
Zagabria	0	0	0	1	0	2	0	1	2	2	2	0

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 46. Media delle visite effettuate da un medico o da un infermiere nei 12 mesi precedenti

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	7.8	5.0	9.0	16.8	14.0	8.9	12.0	9.0	13.3	10.8	13.1	10.8
Leuven	10.7	7.7	11.7	9.7	12.5	21.1	15.9	15.6	16.7	19.6	17.0	32.2
Berlino Ovest	12.2	10.6	12.4	16.0	16.5	11.4	12.9	15.3	13.3	11.6	21.4	17.1
Tampere	4.8	4.7	7.1	6.5	4.6	4.9	4.6	5.9	6.4	6.3	5.6	8.6
Midi-Pyrénées	7.8	11.0	8.6	10.8	14.4	15.9	8.1	11.2	8.8	13.9	10.5	12.8
Haute-Normandie	8.8	8.3	9.4	10.9	13.2	6.9	11.9	13.9	13.2	16.2	18.7	15.8
Grecia rurale	3.6	4.3	5.6	8.5	9.0	8.5	5.3	7.8	8.0	8.0	5.5	9.9
Firenze	5.3	8.6	14.2	12.2	10.6	12.1	11.8	9.9	10.6	10.7	10.4	12.3
Basso Ombrone	6.7	5.7	6.1	7.7	8.0	6.9	7.2	7.2	6.9	6.8	6.3	8.2
Amiata Ovest	6.3	6.4	6.4	9.1	7.7	5.1	8.4	8.5	9.4	9.2	6.9	5.4
Kuwait	7.2	8.2	6.8	9.6	8.1	—	6.1	11.1	8.9	8.9	10.1	—
Bialystok	7.2	8.2	6.8	9.6	8.1	—	6.1	11.1	8.9	8.9	10.1	—
Bucharest	3.5	6.6	5.7	14.1	6.1	7.6	10.0	9.5	11.8	12.0	7.3	7.3
Kiev	7.3	12.6	12.1	12.5	10.8	10.0	9.3	12.5	12.5	8.4	8.9	5.7
Belgrado	7.4	9.3	11.0	15.1	12.5	10.3	9.6	11.8	12.8	11.9	11.4	11.0
Zagabria	3.3	4.0	5.1	7.0	6.8	7.6	4.2	7.8	5.5	6.1	9.6	6.0

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 47. Percentuale degli anziani che avevano effettuato analisi di laboratorio nei 12 mesi precedenti

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	46	45	48	42	46	36	50	50	37	28	26	30
Leuven	20	23	20	22	26	22	53	30	33	23	32	29
Berlino Ovest	67	68	58	63	57	44	64	69	68	56	44	53
Tampere	59	62	51	58	53	58	53	59	66	60	46	59
Midi-Pyrénées	52	52	46	48	37	39	36	42	48	44	37	27
Haute-Normandie	51	47	58	50	47	21	49	58	64	47	42	25
Grecia rurale	20	23	35	29	33	20	28	35	33	33	27	21
Firenze	48	60	63	57	50	48	56	65	49	54	50	39
Basso Ombone	48	46	44	45	38	34	52	50	40	45	31	26
Amiata Ovest	37	34	44	27	22	16	39	44	40	33	20	28
Kuwait	29	32	31	38	45	37	30	40	43	45	36	49
Bialystok	58	53	43	47	40	—	60	52	57	51	43	—
Bucharest	68	67	67	81	51	45	68	71	67	74	49	38
Kiev	45	43	46	49	38	25	56	55	35	30	21	16
Belgrado	66	58	55	54	55	46	56	63	63	55	54	38
Zagabria	38	36	39	42	44	34	49	45	41	31	32	26

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 48. Degenza media (giorni) in un ospedale generale nei 12 mesi precedenti

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	28.5	12.0	5.7	31.2	39.7	90.0	46.5	25.5	41.2	11.7	41.5	32.0
Leuven	76.3	5.0	16.0	17.3	14.5	53.5	10.0	18.5	30.3	39.5	40.5	15.3
Berlino Ovest	35.4	28.7	62.4	30.1	32.2	51.5	29.6	42.7	33.5	52.1	54.9	50.4
Tampere	14.5	11.6	22.1	19.1	22.5	20.4	11.4	13.2	16.8	17.3	25.3	19.0
Midi-Pyrénées	19.3	20.9	22.4	31.1	15.8	45.7	36.0	33.6	19.5	26.8	10.3	50.3
Haute-Normandie	17.0	19.4	16.3	22.1	14.7	8.0	16.9	11.0	23.5	15.9	33.7	82.5
Grecia rurale	24.5	55.3	78.6	80.0	46.1	9.9	15.1	39.0	49.8	49.8	28.0	73.0
Firenze	38.0	21.4	47.2	21.0	23.6	26.9	23.7	20.1	24.1	25.7	36.2	22.3
Basso Ombro	32.6	18.7	19.9	13.9	16.2	22.8	22.4	17.0	17.9	23.4	23.5	26.4
Amiata Ovest	32.3	20.8	25.2	31.3	28.9	25.4	18.0	22.1	25.3	31.8	25.0	31.9
Kuwait	18.7	23.2	40.2	22.7	32.4	25.9	11.9	19.4	29.2	26.9	41.6	23.6
Bialystok	44.2	23.1	29.9	35.2	28.1	—	5.0	36.6	46.3	42.0	21.3	—
Bucharest	18.0	32.3	43.5	46.1	30.0	24.0	22.3	25.5	30.0	22.4	34.6	22.8
Kiev	36.5	32.2	56.8	37.2	56.0	32.3	25.1	35.9	30.1	45.7	25.8	59.3
Belgrado	23.8	32.5	32.6	36.1	31.2	34.5	32.7	36.5	39.5	32.5	38.9	44.9
Zagabria	38.2	31.8	37.8	37.6	42.4	33.3	33.3	26.7	29.8	21.6	26.9	18.3

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 49. Percentuale degli anziani che riteneva il servizio odontoiatrico insoddisfacente

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	7	7	0	4	4	0	7	5	0	7	12	0
Leuven	3	0	2	0	5	0	0	0	0	6	0	0
Berlino Ovest	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tampere	8	8	4	4	4	4	8	11	6	11	5	3
Midi-Pyrénées	6	4	6	13	10	8	6	4	9	9	8	1
Haute-Normandie	5	6	10	0	8	0	9	6	6	5	0	33
Grecia rurale	2	7	2	5	3	4	4	2	4	4	2	3
Firenze	7	6	6	9	9	3	8	11	3	8	9	9
Basso Ombro	4	5	7	6	2	4	9	9	7	6	3	3
Amiata Ovest	31	33	15	15	12	10	27	19	22	15	16	3
Kuwait	13	5	20	18	21	31	15	16	15	28	16	26
Bialystok	3	6	8	2	4	—	8	6	5	9	1	—
Bucharest	10	0	0	0	0	9	13	11	7	7	5	1
Kiev	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Belgrado	22	22	19	17	16	12	26	16	25	22	23	14
Zagabria	2	10	6	8	6	11	10	3	8	12	4	5

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 50. Percentuale degli anziani che avevano assunto farmaci prescritti da un medico negli ultimi 7 giorni e numero medio di farmaci assunti dagli stessi

Centro partecipante	Classi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	
Bruxelles	71 1.9	48 2.6	64 2.0	82 3.1	50 1.5	77 3.1		67 3.1	82 1.5	89 3.1	76 3.1	77 3.2	70 3.4	
Leuven	43 2.9	60 2.1	71 2.0	75 2.1	69 2.0	63 2.5		74 2.1	67 2.4	86 3.0	81 3.5	70 2.9	83 2.6	
Berlino Ovest	65 2.5	68 2.4	75 2.4	82 3.0	83 2.8	79 3.0		72 2.5	79 2.5	83 2.8	81 2.7	91 3.0	87 2.9	
Tampere	65 2.3	67 2.2	69 2.3	72 2.3	79 3.2	67 2.9		64 1.7	76 2.5	72 2.7	79 2.6	71 2.3	84 3.2	
Midi-Pyrénées	55 2.1	66 2.8	72 2.9	68 2.9	95 3.2	82 3.5		71 2.2	76 2.9	74 3.2	83 3.0	74 2.9	78 3.0	
Haute-Normandie	54 2.8	67 2.9	70 3.1	73 2.9	79 2.9	67 2.5		66 2.5	79 3.2	78 4.4	81 3.4	83 3.4	75 4.5	
Grecia rurale	30 1.8	43 2.0	49 2.3	54 2.5	47 2.4	76 2.1		38 1.8	63 2.2	64 2.2	67 2.3	60 2.4	61 2.2	
Firenze	43 2.0	63 2.3	70 2.7	77 2.2	77 2.4	78 2.8		67 2.2	73 2.0	69 2.3	86 2.2	88 2.6	87 2.4	
Basso Ombrone	49 2.0	51 2.1	56 1.9	66 2.1	61 2.3	71 2.3		62 1.7	64 2.2	69 2.0	74 2.4	80 2.4	76 2.3	

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 50. Continua

Centro partecipante	Classi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Amiata Ovest	45	54	55	65	62	59	61	67	70	75	75	72		
	2.0	1.6	1.8	1.9	2.4	2.0	2.0	1.9	2.1	2.2	2.0	2.0		
Kuwait	26	35	30	40	51	44	51	50	59	63	58	46		
	2.7	2.6	2.5	2.8	2.2	2.6	2.3	2.7	2.9	2.3	2.5	2.8		
Bialystok	38	57	49	53	66	—	60	74	65	61	68	—		
	2.4	3.3	3.4	3.4	2.8	—	2.5	3.6	3.1	3.9	3.9	—		
Bucharest	38	67	74	81	67	67	73	74	81	88	79	73		
	1.9	2.2	2.3	2.6	2.6	2.3	2.2	2.8	2.3	3.0	2.2	2.4		
Kiev	16	23	27	34	29	35	24	29	35	27	35	21		
	2.5	2.2	2.2	2.4	2.1	2.4	1.9	2.8	1.9	2.3	2.3	2.8		
Belgrado	59	64	70	74	74	74	71	77	82	80	84	82		
	2.3	2.2	2.8	2.8	2.9	2.9	2.2	2.4	2.7	3.0	3.1	3.2		
Zagabria	51	54	65	67	74	81	65	77	79	76	78	78		
	2.6	2.9	2.6	2.9	3.2	4.5	2.3	2.7	2.8	2.6	2.7	2.8		

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 51. Percentuale degli anziani che avevano comprato farmaci senza prescrizione medica negli ultimi 7 giorni

Centro partecipante	Classi di età													
	M							F						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89		
Bruxelles	7	3	23	4	17	31	10	18	4	17	7	12		
Leuven	6	9	10	20	7	12	27	15	15	14	14	3		
Berlino Ovest	15	13	19	23	24	33	19	22	15	24	28	22		
Tampere	19	22	25	31	22	29	40	26	41	38	42	43		
Midi-Pyrénées	9	13	8	13	5	1	11	10	16	7	11	8		
Haute-Normandie	10	14	19	9	23	7	14	18	9	12	3	0		
Grecia rurale	13	9	15	13	25	3	16	16	21	12	16	11		
Firenze	22	8	14	18	13	22	32	20	17	16	10	13		
Basso Ombrone	15	15	17	18	9	15	17	14	14	22	16	22		
Amiata Ovest	22	10	10	13	9	13	13	9	14	5	13	11		
Kuwait	9	9	6	16	13	10	15	26	22	14	10	15		
Bialystok	13	15	15	21	24	—	19	26	22	36	24	—		
Bucharest	37	21	46	39	25	29	56	59	60	49	38	30		
Kiev	19	12	27	16	25	26	26	19	25	25	24	22		
Belgrado	17	18	21	19	16	8	22	21	18	14	16	23		
Zagabria	23	21	19	15	16	38	26	33	23	31	21	29		

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 52. Percentuale degli anziani che nei 12 mesi precedenti avevano occasionalmente o regolarmente ricevuto aiuto domestico (a)

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	0	0	0	12	13	15	10	4	4	14	7	7
Leuven	3	0	0	5	2	0	6	3	5	11	3	3
Berlino Ovest	4	4	9	11	15	24	8	7	9	17	27	35
Tampere	9	21	25	34	41	55	17	11	18	45	47	75
Midi-Pyrénées	1	0	3	4	3	10	2	3	4	5	10	7
Haute-Normandie	1	1	0	7	12	13	1	3	9	9	21	0
Grecia rurale	5	6	3	5	13	3	4	5	7	8	7	6
Kuwait	1	2	2	6	13	21	15	14	20	18	28	33
Bialystok	0	1	0	1	4	—	1	5	2	4	7	—
Bucharest	49	40	50	63	80	85	44	45	55	68	80	89
Kiev ^b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Belgrado ^b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Zagabria ^b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

(a) Le aree italiane non sono presenti nella tavola perché complessivamente solo 6 anziani hanno dichiarato di avere ricevuto aiuto domestico.

(b) Manca oltre il 65% delle informazioni.

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 53. Percentuale degli anziani che, nei 12 mesi precedenti, avevano occasionalmente o regolarmente utilizzato il servizio di pedicure (a)

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	7	3	19	22	25	44	40	27	26	41	52	38
Leuven	3	0	2	10	17	2	26	18	21	21	31	13
Berlino Ovest	8	8	12	16	19	31	24	23	30	32	43	42
Tampere	0	4	6	12	10	15	17	25	21	27	20	23
Midi-Pyrénées	5	4	1	2	8	6	16	14	23	16	12	16
Haute-Normandie	8	5	5	9	16	7	15	18	21	21	28	50
Grecia rurale	2	1	1	4	7	8	1	4	6	4	2	6
Firenze	0	0	0	0	1	0	3	1	0	1	1	0
Kuwait	1	6	2	2	2	2	3	3	1	1	1	1
Bialystok	0	0	0	0	0	—	5	5	2	0	0	—
Bucharest	3	10	15	7	11	21	36	36	28	32	32	31
Kiev ^b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Belgrado ^b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Zagabria ^b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

(a) Nel Basso Ombone e nell'Amiata Ovest le percentuali sono state zero.

(b) Manca oltre il 90% delle informazioni.

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 54. Percentuale degli anziani che, nei 12 mesi precedenti, avevano occasionalmente o regolarmente preso contatto con un'assistente sociale

Centro partecipante	Classi di età											
	M						F					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Bruxelles	7	7	8	8	21	8	17	9	8	17	7	4
Leuven	0	0	0	0	0	0	3	3	5	0	0	3
Berlino Ovest	4	3	6	7	4	7	6	7	6	9	15	6
Tampere	4	2	8	9	11	15	5	11	7	9	13	28
Midi-Pyrénées	0	1	1	4	0	2	4	4	7	2	5	5
Haute-Normandie	6	4	2	0	5	0	1	1	9	9	10	0
Grecia rurale	3	1	0	2	4	0	0	0	1	3	0	0
Firenze	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Basso Ombro	1	2	3	1	4	2	3	1	8	2	6	6
Amiata Ovest	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	1	2
Kuwait	2	1	2	2	3	2	3	3	2	1	0	8
Bialystok	2	3	2	5	9	—	6	10	3	7	14	—
Bucharest	13	16	9	12	4	10	7	12	13	10	12	5
Kiev ^a	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Belgrado ^a	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Zagabria ^a	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

(a) Manca oltre il 90% delle informazioni.

Figura 25. Percentuale degli anziani che erano stati in un ospedale generale nei 12 mesi precedenti

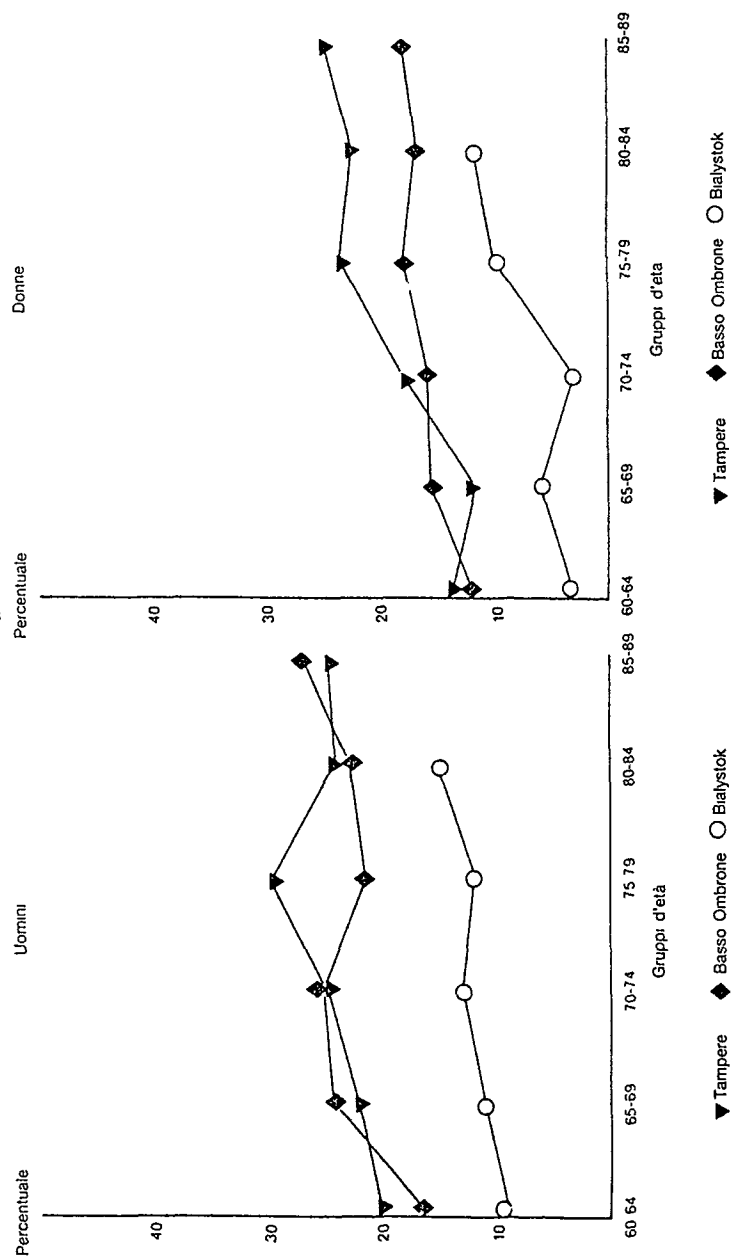


Figura 26. Percentuale degli anziani che ritenevano il servizio medico insoddisfacente

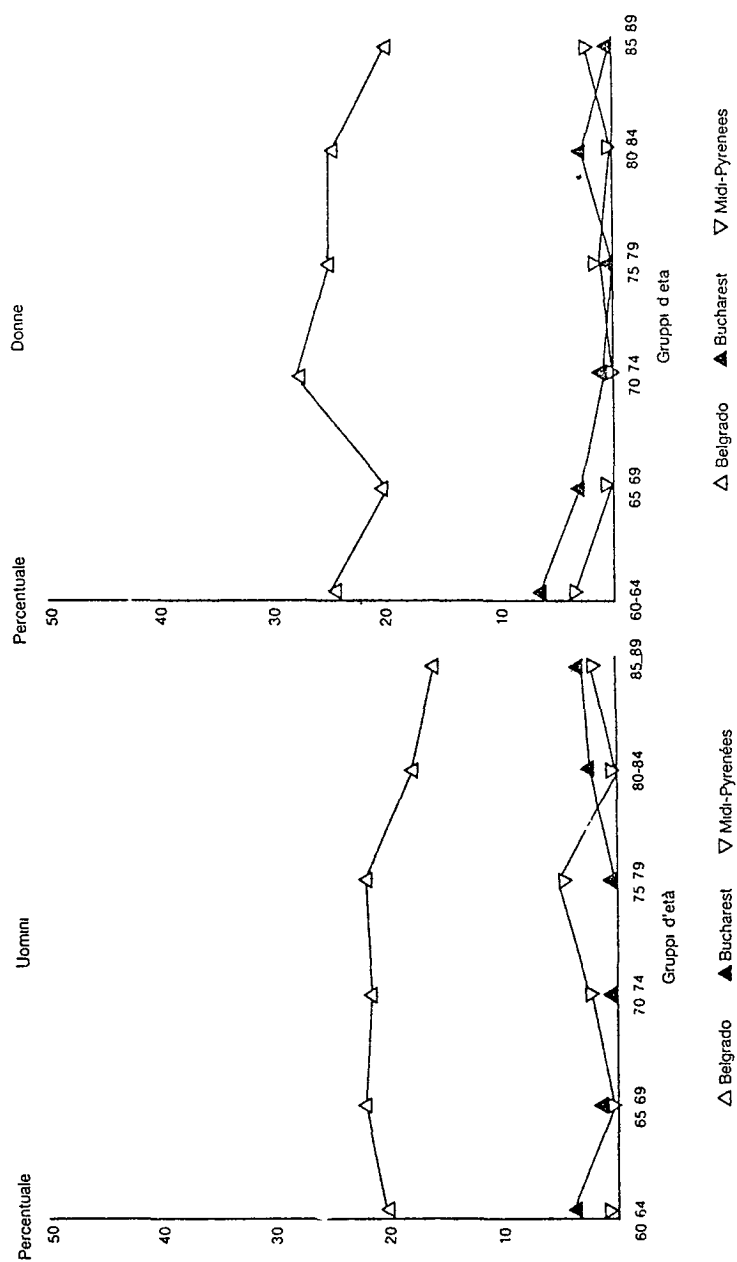
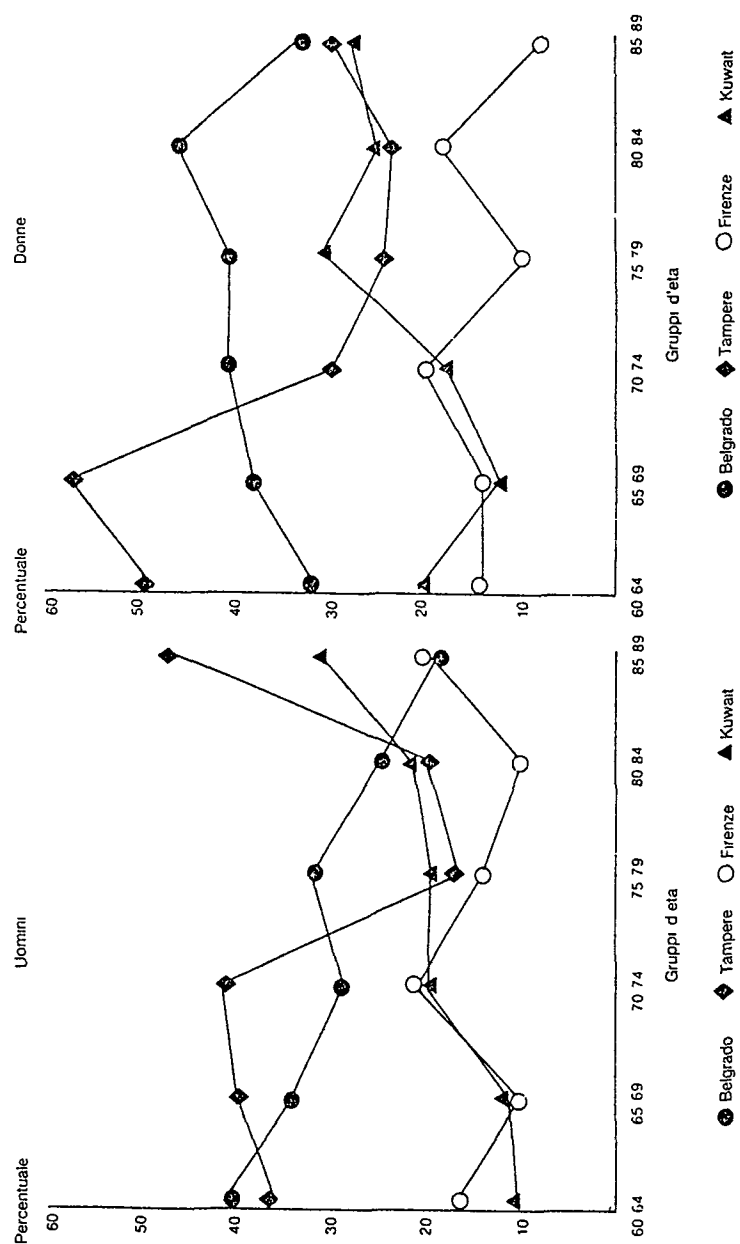


Figura 27. Percentuale degli anziani che ritenevano il servizio ospedaliero insoddisfacente



7 Conclusioni generali

7.1 Problemi metodologici

Questo studio fornisce un'analisi trasversale della realtà dell'anziano: il rapporto con la salute, le abitudini personali e le condizioni di vita, l'uso dei servizi socio-sanitari. Come in tutti gli studi trasversali, non è possibile distinguere gli effetti legati all'età dagli effetti di coorte; ciò significa che non è dato di sapere se la popolazione attuale di età compresa tra i 60-64 anni sarà, tra 10 anni, simile alla popolazione che ora ha l'età compresa tra i 70-74 anni. Tralasciando quei cambiamenti a lungo termine relativi alla realizzazione di servizi e alle trasformazioni economiche generali, è probabile che ogni gruppo di età esaminato in questo studio sia stato sottoposto a pressioni selettive diverse da quelle di altre coorti. La dimensione di queste differenze può essere stabilita soltanto mediante studi longitudinali, e questi, si può anticipare, saranno adottati almeno in una parte dei centri che hanno partecipato all'indagine. Sarà persino necessario avvalersi di centri di ricerca ancora più complessi in cui effettuare le visite mediche per distinguere tra processi di invecchiamento, differenze tra gruppi di età ed effetti nel tempo.

Prima di prendere in considerazione i risultati di questa indagine è necessario esaminare un'altra serie di problemi metodologici. Il primo è che in generale i risultati sono stati forniti per gruppi di età nell'arco dei 5 anni e per sesso. Questa procedura di campionamento fu adottata al fine di ottenere un numero sufficiente di persone nei gruppi di età con soggetti più anziani. In ragione delle diverse strutture sesso-età per area campione non fu ritenuto opportuno tentare una valutazione complessiva della situazione generale dell'anziano. Si può avere perciò l'impressione che i risultati, così come sono emersi, si concentrino eccessivamente su soggetti in età molto avanzata, ma va ricordato che essi rappresentano una proporzione relativamente bassa della popolazione che attualmente ha più di 60 anni.

Un problema attinente ad ogni indagine internazionale come questa è l'uniformità nella raccolta dei dati. Un questionario standardizzato creato da una équipe di ricercatori venne ultimato e sottopo-

Conclusioni generali

sto a verifica in parte dei centri partecipanti all'indagine. Malgrado questo coordinamento nella programmazione e malgrado le visite da parte di personale dell'Organizzazione mondiale della sanità ad alcuni centri, vi furono difficoltà nell'interpretare il protocollo di indagine e nel tradurre il questionario in altre lingue. Altre difficoltà sorsero per la mancanza di uniformità tra gli intervistatori sia in relazione all'età che al *background* e anche perché non fu possibile istruirli secondo le linee tracciate dal gruppo di ricercatori. Uno studio di questo tipo richiede un approccio interdisciplinare che fonda insieme esperienze della medicina clinica, della gerontologia, della epidemiologia e della sociologia. Un tale approccio necessita di una base comune di conoscenze e per raggiungere questo risultato i vari centri impiegarono del tempo.

Va tenuto presente che le aree prescelte riunivano caratteristiche di zona urbana e di zona rurale in modo tale da non essere necessariamente espressione tipica della mescolanza presente in qualsiasi altro paese. Scopo delle indagini in 16 aree era quello di fornire materiale per studi comparativi. Tuttavia uno studio trasversale su base nazionale o culturale richiede un'analisi completa di un gran numero di fattori che influenzano i risultati e la loro interpretazione ed anche così in molte delle aree coinvolte nell'indagine i confronti riuscirebbero soltanto parzialmente. Sotto molti aspetti uno dei metodi di comparazione più solidi tra aree campione potrebbe essere quello tra le aree urbane delle grandi città. Si spera quindi che le analisi comparative che le riguardano vengano svolte sulla base dei dati raccolti. All'atto pratico, nella scelta delle aree e sotto altri aspetti, le indagini presentate non sono state all'altezza degli originali, talvolta ottimistici, programmi contenuti nel protocollo di studio.

Scopo di questo primo rapporto è di fornire una analisi descrittiva della situazione degli anziani, a cui si possa fare riferimento nella progettazione ed attuazione di servizi socio-sanitari a loro diretti nell'ambito di ogni paese. Ulteriori analisi dei dati offriranno lo spunto per un esame più approfondito degli interrogativi emersi durante la stesura di questo rapporto.

Relativamente a questo studio va ricordato che alcuni dei soggetti non erano in condizione da poter essere intervistati, come sono stati esclusi dalle interviste gli anziani in istituto. È perciò probabile che il quadro presentato qui differisca in qualche modo da quello emerso nelle aree campione, in particolare per quello che riguarda i soggetti in età molto avanzata. Vi furono molte difficoltà ad effettuare un controllo di qualità nell'indagine malgrado gli sforzi notevoli diretti ad una sua pianificazione e standardizzazione. Alcu-

Conclusioni generali

ne domande non vennero intese dappertutto allo stesso modo ed il controllo di qualità effettuato variò a seconda dei centri, dipendente in parte dal grado di competenze ed esperienze che essi avevano di indagini di questo tipo. Le domande per cui si registrarono difficoltà vennero escluse da questo rapporto.

In alcune aree i risultati non si possono considerare del tutto affidabili dato il basso tasso di risposte. Mentre non è possibile stabilire un tasso di risposta che si possa considerare soddisfacente, il tasso specifico di risposta ottenuto dovrebbe essere tenuto presente in ogni confronto che viene fatto sulla base di questi dati.

Ci si può chiedere se questo studio sia troppo vasto, con un numero di centri partecipanti eccessivo ed una variazione tra fasce di età troppo ampie per garantire una standardizzazione in tutte le fasi del piano nonché il suo completamento. Tuttavia è precisamente in ragione delle notevoli variazioni tra aree geografiche, sistema di campionatura e tra fasce di età, che questo rapporto riveste un particolare interesse.

7.2 Risultati

I risultati di questa indagine sono riassunti alla fine di ogni capitolo e non verranno quindi ripetuti. In genere è possibile confrontare tutti i dati per rilevare se esistono differenze in relazione ai trends di età, ai sessi e alle aree geografiche ed in caso affermativo se emergono modelli culturali ed economici.

Nelle aree urbane la maggior parte degli anziani erano in pensione, mentre in quelle rurali svolgeva un'attività lavorativa persino nei gruppi di età più avanzate. La maggioranza degli anziani residenti in zone urbane aveva ricevuto un'istruzione superiore a 5 anni, cosa questa meno comune tra gli abitanti di centri agricoli, specialmente nei casi di donne. Anche il numero degli anziani con formazione professionale era piuttosto esiguo: in alcune aree meno del 5% e le percentuali non variavano in maniera significativa tra i gruppi di età. Sebbene il livello generale di istruzione e di preparazione professionale dell'anziano sia destinata nel futuro a migliorare, appare chiaro da questi dati che entro l'anno 2000 la maggior parte degli anziani sarà ancora costituita da persone con un grado di istruzione relativamente basso e con un passato di lavoro manuale o agricolo, ma non più attivamente occupata. Come fornire gli anziani in pensione di ruoli sanitari significativi sarà uno dei più importanti interrogativi nella programmazione di misure sociali a loro dirette.

Uno dei più importanti risultati raggiunti fu la valutazione che

Conclusioni generali

le donne anziane davano della propria salute e del loro stato di benessere generale. Individui che avevano risposto «di non sentirsi in salute» erano più donne che uomini. Le percentuali di coloro che avevano definito il loro stato di salute «molto buono» erano più alte fra gli uomini che fra le donne. Di nuovo erano in maggioranza donne gli anziani che avevano lamentato un qualche disturbo durante le due settimane precedenti all'intervista e, in generale, le donne più degli uomini denunciavano condizioni di salute incidenti sulla loro vita di tutti i giorni. La differenza di età nelle variabili relative allo stato di salute risultava molto meno costante che non la differenza di sesso. Le donne denunciavano inoltre maggiori difficoltà nel far fronte alle attività di routine, come era maggiore fra le donne la diffusione di menomazioni fisiche di vario tipo, ad esempio problemi di piedi. Tuttavia in relazione a problemi di carattere specifico il quadro che ne emerge è alquanto diverso: ad esempio vi è un notevole aumento con l'età di problemi di udito e questo tipo di menomazione è in genere più comune tra gli uomini che tra le donne.

Le grandi variazioni negli indicatori di salute tra le popolazioni studiate pongono la necessità di un ulteriore approfondimento in ogni continuazione dell'indagine. I risultati suggeriscono che le capacità fisiche dell'anziano dipendono da variabili culturali. Va comunque ricordato che il modello usato nella valutazione della salute è funzionale non medico; per un esame più approfondito dello stato di salute dell'anziano si deve ricorrere a valutazioni di carattere clinico-epidemiologico.

In generale le condizioni abitative risultavano abbastanza soddisfacenti, benché in alcuni casi le abitazioni erano chiaramente non adatte ad ospitare un anziano (sistemazione dei vani in piani diversi, molte scale, ecc.). Non sono emerse delle differenze sostanziali per quello che riguarda le condizioni degli alloggi tra gruppi di età diversi, ma ancora va registrata la tendenza tra le donne più anziane a vivere in condizioni abitative meno soddisfacenti. Questa situazione, almeno in parte, riflette le differenze di coorte; le nuove generazioni dispongono di uno standard abitativo più alto rispetto alle generazioni più vecchie. Il grande numero di persone che vivevano sole, specialmente tra le donne anziane e nelle aree urbane industrializzate, potrebbe produrre effetti negativi se non si prendono provvedimenti nuovi a livello di comunità, al fine di migliorare l'integrazione dell'anziano nella società.

Grandi differenze tra i sessi, tra i gruppi di età e tra le aree studiate sono state osservate in diversi settori della vita privata dell'anziano. Meno donne che uomini riferiscono di aver provato soddisfazioni dalla vita ed in quasi tutte le aree studiate, le donne più

Conclusioni generali

degli uomini denunciarono di sentirsi sole. I risultati dell'indagine mostrano inoltre un calo progressivo nella partecipazione dell'anziano ad attività sociali; ancora una volta i soggetti socialmente attivi erano, in genere, in maggioranza uomini.

Le differenze nelle cosiddette abitudini sanitarie tra le popolazioni studiate superavano spesso le differenze esistenti tra i gruppi di età o i sessi. Per esempio, le percentuali di donne che facevano uso di alcol nella grande maggioranza risultavano meno del 10% e tale uso era diffuso specialmente tra i gruppi di età più avanzate. Complessivamente una percentuale più alta di uomini che di donne faceva uso di alcol, ma la differenza risultava più evidente in alcune aree che in altre. La prevalenza di fumatori nelle varie aree campione rilevava differenze notevoli soprattutto fra gli uomini. L'esercizio fisico fine a se stesso appariva nelle aree altamente industrializzate come una consuetudine ampiamente consolidata, mentre nelle aree rurali l'interesse a questo riguardo era scarso. Queste variabili meritano un'attenzione maggiore al fine di tentare un'azione preventiva per far fronte al deterioramento precoce della salute e delle capacità funzionali dell'anziano. Le grandi variazioni registrate nel modo di vivere individuale tra le popolazioni esaminate suggeriscono che le tradizioni culturali e le condizioni socio-economiche piuttosto che l'invecchiamento di per sé incidono in modo decisivo nel determinare gli interessi ed i comportamenti dell'anziano. Si può ritenere inoltre che l'adattamento all'età pensionistica potrebbe essere reso meno difficile attraverso lo sviluppo di programmi specifici diretti a questo scopo.

Grandi differenze, come ci si può aspettare, esistono tra i centri relativamente alla realizzazione di servizi per gli anziani. Alcuni centri registravano un aumento considerevole dell'utenza tra i gruppi di età più anziani con, in genere, un utilizzo dei servizi sanitari maggiore fra le donne. I servizi sanitari sono solitamente più diffusi dei servizi sociali. Servizi sociali solo per anziani sono tuttora cosa abbastanza rara in molti paesi mentre in altri si è venuta sviluppando una differenziazione sempre più marcata nella gamma dei servizi offerti. È oggi largamente riconosciuta la necessità che varie forme di servizio siano comprese in una struttura flessibile che tenga conto dei bisogni specifici di ogni anziano.

L'attuale pratica medica è caratterizzata da un ampio uso di farmaci, ma esistono variazioni notevoli nel consumo di medicinali, con o senza prescrizione medica. Questo problema dovrebbe essere esaminato più attentamente nel corso della continuazione dell'indagine. È generalmente risaputo che accanto agli effetti voluti, i farmaci sono causa spesso negli anziani di effetti collaterali indesiderati. Un'analisi delle differenze nel consumo dei farmaci in gruppi di

Conclusioni generali

anziani potrebbe fornire informazioni preziose sul giusto equilibrio tra trattamento farmacologico ed altre misure terapeutiche e riabilitative.

È in corso di redazione un inventario sui servizi esistenti in alcune delle aree studiate, che sarà in grado di fornire, per esempio, l'opportunità di analizzare più da vicino il rapporto tra uso dei servizi, variabili legate alla salute e organizzazione dei servizi esistenti.

Questa indagine che si occupa della salute e delle capacità funzionali degli anziani, dell'uso che essi fanno dei servizi e del loro modo di vivere, rivela l'esistenza di enormi differenze per aree, sesso e gruppi di età. Generalmente le differenze nell'ambito delle popolazioni studiate appaiono maggiori tra i gruppi di età, ma va tenuto in considerazione l'aumento delle percentuali di anziani in istituto nei gruppi di età più avanzata insieme ad altri fattori di selezione.

Scopo di questo studio non è soltanto porre in rilievo i problemi di salute degli anziani, ma anche mostrare come molti di loro, compresi gli anziani in età molto avanzata, vivevano la loro vita senza grossi contatti con i servizi socio-sanitari. I soggetti di gruppi più anziani sono i sopravvissuti di un numero molto più elevato di individui. Dal momento che una parte sempre crescente della popolazione raggiungerà la vecchiaia, in ragione della notevole diminuzione della mortalità, in tutti i più giovani gruppi di età, l'interrogativo che ci si pone è se le future coorti dei soggetti in età molto avanzata dovranno affrontare gli stessi problemi. La speranza è che questa indagine riesca ad ampliare le conoscenze al momento disponibili sulla salute durante l'invecchiamento, un problema questo recentemente esaminato dall'Ufficio regionale dell'Organizzazione mondiale della sanità (108).

I risultati dell'indagine possono essere utilizzati nell'ambito della programmazione dei servizi per gli anziani e con gli anziani ed in particolare per incrementarne la disponibilità, dal momento che il numero di anziani è in crescita in molte parti del mondo. Si spera inoltre che possano stimolare un atteggiamento mentale favorevole nei confronti dell'anziano. Si sente l'esigenza infatti non solo di un aumento nella disponibilità dei servizi socio-sanitari che segua di pari passo l'invecchiamento della popolazione, ma anche di una visione globale della salute e del ruolo dell'anziano. Sforzi sia a livello individuale che collettivo si rendono necessari per prevenire almeno in parte l'isolamento, la solitudine, l'invalidità degli anziani, specialmente tra le donne, che questa indagine ha messo in luce.

I fattori che fanno sentire l'anziano in salute dovrebbero essere approfonditi ulteriormente e le loro aspirazioni laddove possibile

Conclusioni generali

appagate, in modo tale da garantire loro un grado di soddisfazione e di indipendenza il più alto possibile.

La vecchiaia come tale non è la causa della maggior parte dei problemi che si riscontrano tra gli anziani.

I risultati di questo studio rivelano grosse differenze tra le popolazioni studiate non soltanto per quello che riguarda la sfera dei sentimenti e degli atteggiamenti mentali, ma anche rispetto alla capacità di far fronte alle difficoltà della vita quotidiana, alle attività da loro svolte ed ai loro ruoli. Questi risultati concedono spazio all'ottimismo circa la possibilità di ridurre le disparità sociali tra gli anziani assicurando loro indipendenza e realizzazione personale mediante l'attuazione di servizi adeguati a rafforzare infine il loro rapporto con la società.

**RISOLUZIONI DEL PARLAMENTO EUROPEO
CONCERNENTI IL PROBLEMA DEGLI ANZIANI**

(Raccolta a cura del Servizio studi del Senato della Repubblica –
Ufficio ricerche nel settore sociale)

Risoluzione approvata il 18 febbraio 1982 sulla condizione e i problemi degli anziani nella Comunità europea

Il Parlamento europeo,

vista la proposta di risoluzione dell'onorevole Carettoni Romagnoli e altri sulla politica della terza età (*doc. 1-325/80*),

vista la proposta di risoluzione dell'onorevole Clwyd e altri su un programma comunitario a favore degli anziani (*doc. 1-394/80*),

vista la propria risoluzione dell'11 febbraio 1981 sulla condizione della donna nella Comunità europea (1),

vista la propria risoluzione del 17 settembre 1981 sull'occupazione e la ristrutturazione del tempo di lavoro (2),

preso atto della nuova situazione demografica dei paesi della Comunità europea, dove si registra un aumento della popolazione anziana - anche in percentuale - grazie all'allungamento della vita e a causa della contemporanea diminuzione della natalità,

visti la relazione della commissione per gli affari sociali e l'occupazione e i pareri della commissione per la gioventù, la cultura, l'istruzione, l'informazione e lo sport (*doc. 1-848/81*) e della commissione per i bilanci,

1. constata che gli interventi comunitari a favore delle persone anziane sono stati, finora, scarsi e sporadici;

2. constata con preoccupazione che gli Stati membri assegnano priorità diverse al problema dei servizi destinati agli anziani e alla questione delle pensioni; deplora l'inefficienza di alcuni Stati membri nell'affrontare questo problema, i ritardi nell'approntare i servizi che per gli anziani hanno carattere vitale, l'incapacità di rispondere adeguatamente ai loro bisogni, per esempio in materia di pensioni;

3. considera sia compito anche della Comunità europea intervenire con iniziative e stanziamenti a favore di questi cittadini anche in applicazione dello spirito e dell'enunciato del trattato di Roma, che auspica un miglioramento sempre più rapido del tenore di vita delle popolazioni europee;

4. ribadisce che l'anziano è un cittadino con eguali e pieni diritti; bisogna impedire che con la vecchiaia egli gradualmente perda quanto acquisito nel corso dell'attività lavorativa; in particolare, disposizioni adeguate debbono essere prese in tutti gli Stati membri per assicurare che gli anziani siano pienamente informati dei loro diritti in materia di prestazioni, servizi e agevolazioni e che essi siano assistiti, se necessario, nell'ottenerli;

5. ritiene indispensabile rivedere il concetto dei ruoli rigidamente assegnati dall'attuale società alle diverse età: età dello studio per i giovani, età del lavoro per gli adulti, età del riposo per gli anziani; vanno infatti ricomposti in modo unitario, in tutto l'arco della vita umana, lo studio, il lavoro e il riposo;

(1) *Gazzetta Ufficiale* n. C 50 del 9 marzo 1981, pag. 35.

(2) *Gazzetta Ufficiale* n. C 260 del 12 ottobre 1981, pag. 54.

6. è convinto che in una società democratica e progressista tutti i cittadini - e quindi anche gli anziani - abbiano una funzione specifica da svolgere nell'organizzazione sociale e possano essere apportatori di nuove forme di cultura, indipendenti e complementari a quelle delle altre età; è convinto inoltre che per far valere quest'idea sia necessaria un'azione sull'opinione pubblica;

ritiene pertanto urgente che i mezzi di comunicazione e i sistemi educativi sensibilizzino la popolazione e in particolare i giovani sui problemi particolari degli anziani in modo da favorire il dialogo e la comprensione tra le generazioni;

7. deplora che la nostra società, in cui gli aspetti economici sono predominanti, tenda a emarginare gli anziani, in quanto non consente più in generale la coesione sociale della grande famiglia e considera gli anziani soltanto sotto la visuale della loro attività economica;

8. ritiene che la fissazione dell'età di pensionamento non debba significare l'automatico allontanamento di uomini e donne dal mercato del lavoro; ciò non può essere accettato in una società democratica dove ogni cittadino deve poter scegliere le soluzioni a lui più confacenti; ritiene, invece, che l'eventuale inattività vada scelta come diritto legittimo e non come un dovere imposto dalle condizioni del mercato del lavoro; ritiene inoltre che si debba istituire un meccanismo flessibile che permetta a coloro che hanno superato l'età del pensionamento di continuare a lavorare qualora lo desiderino, senza per questo perdere i diritti alla pensione di stato;

9. ribadisce che la società deve far fronte in modo soddisfacente al problema degli anziani, anche se ciò può costare oneri rilevanti date le complesse necessità fisiche, psichiche e sociali della terza età;

10. è conscio che la vecchiaia non è una malattia, ma una fase della vita fisiologica, che non logora tutti gli individui e tutti gli organi nello stesso modo e nello stesso momento e che la prevenzione può frenare la velocità e la qualità dell'invecchiamento; riconosce allo stesso tempo che vi è un considerevole e sempre più nutrito gruppo di persone di età superiore ai 75 anni che soffre di disturbi specifici dovuti alla vecchiaia che richiedono particolare assistenza;

11. ritiene indispensabile, soprattutto, assicurare agli anziani una vita dignitosa, indipendente, con redditi che consentano l'autosufficienza, mentre gran parte degli anziani vive oggi ai margini della povertà e talvolta al di sotto del minimo vitale; il sistema pensionistico deve inoltre tener conto dell'effetto logorante del potere d'acquisto portato dall'inflazione;

12. ribadisce che i pensionati non devono essere emarginati dalla vita sociale e che come gli altri cittadini devono partecipare ai problemi della comunità secondo le loro effettive capacità, acquisendo nuove responsabilità, con un passaggio quindi da una produttività economica a una produttività sociale, e conoscendo quali sono i loro diritti;

13. giudica che un'indicazione nel senso di cui sopra può essere quella di utilizzare gli anziani quali membri di consigli di amministrazione e collegi

sindacali di enti pubblici e privati, di società, organismi e associazioni varie nei quali possano apportare il contributo delle proprie esperienze e capacità professionali, senza le limitazioni di tempo connesse al periodo della piena attività lavorativa;

14. giudica quindi indispensabile, per assicurare l'evoluzione del gruppo sociale degli anziani e della società tutta, un processo completo di educazione permanente, come processo volontario di apprendimento, per far fronte in modo efficace alle nuove situazioni con le quali devono misurarsi gli individui e la società;

15. ritiene inoltre necessario che il tempo libero dei pensionati non li isoli dalla società ma abbia un contenuto culturale valorizzante, offrendo loro occasioni di scelta nuove, mentre è da evitare che la preparazione alla pensione possa avere, come risultato, la rassegnazione al declassamento;

16. ritiene che debba essere favorito e sostenuto lo sviluppo di associazioni di anziani che svolgano un ruolo consultivo e di proposta e alle quali sia assicurata la partecipazione diretta nelle sedi decisionali dove vengono trattati i problemi degli anziani;

17. da quanto sopra esposto trae le seguenti conclusioni:

a) nel 1982, anno in cui avrà luogo a Vienna l'assemblea mondiale sulla terza età, organizzata dalle Nazioni Unite, la Commissione e il Consiglio debbono concentrare la loro attenzione sul problema degli anziani e adottare le decisioni necessarie per risolverli;

b) il problema degli anziani va infatti considerato come uno dei problemi primari dell'uomo e della società, del quale la Commissione e il Consiglio devono tener conto avanzando proposte adeguate;

c) i tagli delle spese sociali nei bilanci di alcuni Stati membri colpiscono soprattutto le categorie più deboli, e fra queste gli anziani, sui quali si scaricano le conseguenze della crisi economica;

d) i servizi sociali per la terza età sono condizione indispensabile per non affidare solo alla famiglia, cioè di fatto alla donna, compiti cui, per svariati motivi - ivi compresi l'incapacità fisica o mentale della persona anziana interessata - la famiglia non può essere in grado di far fronte;

18. giudica inoltre che fra i numerosi problemi degli anziani vadano risolti con priorità i seguenti:

a) la generale e diffusa precarietà economica, anche fissando un livello minimo di pensione basato sulla media dei salari;

b) un sistema di pensionamento flessibile da attuare su scala comunitaria, in modo che ogni lavoratore possa scegliere tra:

età pensionabile,

una regolazione delle sue condizioni di lavoro (riduzione degli orari, maggiore flessibilità, eccetera) che permetta una preparazione progressiva alla pensione,

pensione anticipata non solo come rimedio a settori in crisi, ma come soluzione a malattie croniche e infortuni non sul lavoro, a fatti invalidanti non per cause professionali, ma che determinano una minore capacità lavorativa;

c) il finanziamento delle pensioni per il futuro, dato che l'attuale stato dell'occupazione può avere effetti perversi sui regimi di sicurezza sociale che attingono ai versamenti dei salariati;

d) la possibilità di inglobare alla pensione tutti i versamenti fatti nel corso delle varie prestazioni lavorative, dato che in alcuni paesi e in alcune situazioni di mobilità del lavoro tali versamenti vengono perduti;

e) le disparità fra uomo e donna che si accentuano nelle donne anziane e per superare le quali occorre almeno:

integrare la direttiva sulla parità nella sicurezza sociale fra uomini e donne in modo che sia compresa anche la pensione di reversibilità,

esigere l'estensione del concetto di parità offrendo l'alternativa di equiparare le pensioni di uomini e donne, basandosi sulla parità attuariale dei contributi,

migliorare la posizione giuridica, finanziaria e sociale delle donne che collaborano alla gestione di imprese a carattere familiare, comprese quelle agricole, e che sono penalizzate ulteriormente in caso di vedovanza e comunque in tarda età;

f) la casa, per la quale dovrebbero essere assicurati:

sovvenzioni per il pagamento degli affitti degli anziani più poveri, quote di appartamenti riservati agli anziani nell'edilizia sovvenzionata,

adattamento delle nuove case alle esigenze degli anziani e dei minorati eliminando le barriere architettoniche,

ristrutturazione delle vecchie case per non sradicare gli anziani dal loro ambiente di vita,

integrazione degli alloggi degli anziani con le altre componenti della società per evitare le ghettizzazioni,

prestiti per finanziare progetti edilizi a favore degli anziani; pertanto la Commissione viene invitata a esaminare la possibilità di varare un programma edilizio pilota a favore degli anziani;

g) un'assistenza dignitosa e completa che consenta all'anziano di restare il più a lungo possibile nel suo ambiente, fornendogli tutti i possibili accorgimenti (dal telefono all'assistenza domiciliare, dalle sovvenzioni per l'affitto a quelle per il riscaldamento) perchè gli sia evitata, fin quando possibile, l'ospedalizzazione e il ricovero in istituti specializzati;

h) la formazione professionale delle persone chiamate a esercitare la propria attività negli istituti destinati alle persone anziane;

i) le necessarie iniziative, soprattutto nel settore della casa e dei servizi nel sistema fiscale, in modo che l'anziano non sia obbligato a lasciare il nucleo familiare, dove convivono più generazioni verso le quali può continuare ad avere funzione affettiva, educativa e culturale;

j) il coordinamento e l'informazione sulle ricerche gerontologiche da ottenere attraverso:

una maggiore cooperazione degli Stati membri nel settore sanitario, sia per quanto riguarda la ricerca, sia per le misure di prevenzione già sperimentate,

un miglior utilizzo dei principi della libera circolazione del personale medico e paramedico anche come veicolo di conoscenza sull'argomento;

k) l'emarginazione degli emigrati anziani, che aumenta quando

lasciano il posto di lavoro sia per la precarietà economica aumentata da difficoltà burocratiche, sia per la difficoltà a inserirsi nel nuovo ambiente degli anziani;

19. chiede inoltre alla Commissione:

a) di riferire sull'applicazione dei regolamenti comunitari per quanto riguarda le liquidazioni delle pensioni degli emigrati alle quali contribuiscono due o più paesi della Comunità europea e che spesso registrano umilianti ritardi nell'assegnazione, particolarmente gravi trattandosi di persone molto provate da lavori faticosi e poco remunerati e sradicate dal loro ambiente di vita;

b) fare proposte per una politica dei trasporti che tenga conto anche delle esigenze degli anziani e dei minorati in specie;

c) fornire entro il termine di un anno uno studio comparativo sulla condizione degli anziani nei paesi della Comunità europea;

d) partecipare quanto più attivamente possibile all'assemblea mondiale organizzata a Vienna dalle Nazioni Unite, dedicata al problema degli anziani nel mondo e in cui si tratterà in particolare il problema degli anziani nei paesi in via di sviluppo;

e) sviluppare le iniziative comunitarie sulla salute pubblica, in particolare rivolte alla prevenzione negli ambienti di lavoro;

f) assicurare a medio termine proposte sui temi indicati come prioritari;

g) preparare a lungo termine proposte complete per una politica globale degli anziani con un programma d'azione quinquennale;

20. decide di trasmettere la relazione che è alla base della presente risoluzione alle commissioni competenti del Parlamento europeo per l'approfondimento dei vari problemi che interessano gli anziani e che possono avere attinenza con un miglioramento della loro vita: problemi sociali, giuridici, culturali, dei trasporti, dei consumi, edilizi, sanitari;

21. è convinto, tuttavia, che con l'attuale struttura di bilancio non sia possibile una seria politica comunitaria a favore degli anziani - come d'altronde di nessun'altra politica sociale - e invita pertanto la Commissione a proporre nel progetto preliminare di bilancio per l'esercizio 1983 stanziamenti adeguati per le politiche menzionate nella presente risoluzione e inoltre a far sì che gli stanziamenti siano resi disponibili in futuro quale parte della ristrutturazione del bilancio;

22. incarica il suo presidente di trasmettere la presente risoluzione ai parlamenti degli Stati membri per un esame approfondito e di chiederne loro comunicazioni sui risultati;

23. incarica inoltre il suo presidente di chiedere alla Commissione l'impegno di prendere in esame, in riunione collegiale, la presente risoluzione e la motivazione a essa attinente e di decidere con atto pubblico sul seguito legislativo da dare;

24. chiede infine che, in caso di rifiuto, la Commissione ne comunichi la motivazione al Parlamento europeo e che il testo sia pubblicato sulla *Gazzetta ufficiale*.

Risoluzione approvata il 14 maggio 1986 su un'azione comunitaria per il miglioramento delle condizioni degli anziani negli Stati membri della Comunità

Il Parlamento europeo,

vista la sua risoluzione del 18 febbraio 1982 (3),
vista la sua risoluzione del 22 maggio 1984 (4),
vista la sua risoluzione del 25 ottobre 1984 (5),
vista la sua risoluzione del 16 aprile 1985 (6),
viste le proposte di risoluzione degli onorevoli Mattina, Chouraqui, Squarcialupi, Selva, Vandemeulebroucke e Lemass (*docc.* 2-272/84, 2-1068/84, 2-1137/84, 2-1507/84, 2-1525/84 e 2-1739/84),
vista la petizione n. 95/85 (PE 99.948),
vista la Raccomandazione del Consiglio del 10 dicembre 1982 relativa a una politica comunitaria sull'età pensionabile (7),
visti il preambolo e l'articolo 2 del Trattato CEE,
visti la relazione della commissione per gli affari sociali e l'occupazione e i pareri della commissione giuridica e per i diritti dei cittadini, della commissione per la gioventù, la cultura, l'istruzione, l'informazione e lo sport e della commissione per i diritti della donna (*doc.* A2-7/86),
vista l'indagine che la Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro sta effettuando sull'assistenza agli anziani,
visto il Piano internazionale di Vienna di azione per gli anziani, patrocinato dalle Nazioni Unite,
vista la risoluzione (74) 31 del Consiglio d'Europa (Comitato dei Ministri) sull'assistenza medica e sociale per gli anziani confinati in casa.
viste le sentenze della Corte di giustizia del 26 febbraio 1986 nelle cause 151/84, 152/84 e 262/84 concernenti «Parità di trattamento tra uomini e donne - condizioni di licenziamento»,

A. ritenendo che il perseguimento degli obiettivi fissati nel Trattato postuli anche il miglioramento delle condizioni in vita delle persone anziane,

B. ritenendo inoltre che non sia accettabile che nella nostra società gli individui siano valutati e trattati sulla base del loro rendimento produttivo,

C. constatando che in tutti gli Stati membri si assiste a un aumento significativo del numero delle persone anziane e che il 14 per cento della popolazione comunitaria è costituito da persone oltre i 65 anni,

D. constatando che l'invecchiamento della popolazione comunitaria è principalmente dovuto a una diminuzione della mortalità infantile e a un allungamento della vita grazie ai notevoli progressi effettuati in campo medico, nonché a una denatalità o natalità stazionaria che si riscontra in via generale in taluni Stati membri,

(3) *Gazzetta Ufficiale* n. C 66 del 15 marzo 1982, pag. 71.

(4) *Gazzetta Ufficiale* n. C 172 del 2 luglio 1984, pag. 58.

(5) *Gazzetta Ufficiale* n. C 315 del 26 novembre 1984, pag. 88.

(6) *Gazzetta Ufficiale* n. C 122 del 20 maggio 1985, pag. 63.

(7) *Gazzetta Ufficiale* n. C 357 del 18 dicembre 1982, pag. 27.

E. rilevando inoltre la necessità di operare una distinzione tra «Terza età» e «Quarta età» (cioè coloro che hanno oltre 75 anni) e che quest'ultima categoria di persone – per lo più costituita da donne – è particolarmente vulnerabile e presenta esigenze molto più specifiche,

F. ritenendo che l'andamento demografico con il notevole deterioramento del rapporto popolazione attiva/anziani esiga una seria riflessione sul ruolo dei sistemi di sicurezza sociale e su una loro revisione in relazione ai mutamenti in corso nella struttura della popolazione e alla diminuzione complessiva dell'occupazione.

G. rilevando che le persone anziane sono portatrici di un patrimonio morale e civile fortemente positivo per la società nel quadro di un rinnovato contratto di scambio sociale e di solidarietà tra le generazioni,

H. considerando che il ruolo economico, sociale, educativo e culturale della persona anziana è universalmente riconosciuto e va salvaguardato,

I. considerando che tale ruolo potrà essere meglio mantenuto se si potranno coinvolgere gli anziani in maniera positiva e attiva nei cambiamenti della società; che sono pertanto necessarie misure concrete per ridurre il loro isolamento e porre fine alla loro emarginazione,

J. considerando che il problema degli anziani non deve essere visto esclusivamente in termini di intervento assistenziale, ma va collocato in un ben più ampio contesto sociale, umano e culturale,

1. ritiene che il miglioramento della condizione degli anziani debba essere un obiettivo prioritario della politica sociale della Comunità e che il raggiungimento di tale obiettivo esiga un aumento degli stanziamenti di bilancio;

2. prende atto con soddisfazione che in quasi tutti gli Stati si assiste a una presa di coscienza del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione con le sue relative conseguenze e della condizione particolare degli anziani, dei loro problemi, delle loro esigenze, dei loro desideri e della nuova identità che essi devono avere nella società di oggi;

3. rileva tuttavia che alla «riscoperta» dell'anziano non corrisponde sempre negli Stati membri una legislazione specifica che risponda alle aspettative degli stessi e che preveda interventi programmati tendenti a una reale lotta contro tutti i fenomeni di emarginazione;

4. è consapevole del fatto che gli anziani hanno non solo esigenze umane fondamentali di carattere materiale per quanto riguarda l'alimentazione, l'alloggio e l'abbigliamento, ma anche bisogni sociali ed emotivi che implicano l'osservanza e la cura degli obblighi nei loro confronti, il rispetto della riservatezza e delle libertà e la creazione di occasioni di partecipazione;

5. ritiene che, a livello nazionale, regionale e locale, dovrebbero essere esplicitati tutti gli sforzi possibili per individuare le persone anziane più vulnerabili abitanti nella Comunità, in particolare le persone di età superiore ai 75 anni, quelle che vivono da sole e quelle che hanno come unico reddito la pensione;

6. constata che generalmente l'immagine della persona anziana si identifica con il pensionamento ed è pertanto persuaso che una politica

efficace di preparazione al nuovo tipo di vita debba essere considerata fondamentale in tutti gli Stati membri e che tale politica debba tener conto dell'eterogeneità della condizione degli anziani e delle disparità sociali al fine di assicurare a tutte le persone appartenenti alla terza e quarta età una migliore qualità della vita;

7. ritiene indispensabile per la preparazione al pensionamento una sensibilizzazione dell'opinione pubblica e, a tal fine, chiede agli Stati membri di organizzare attraverso i mezzi di informazione di massa campagne di informazione concernenti:

- la salute e la prevenzione sanitaria,
- i meccanismi pensionistici e previdenziali e la loro evoluzione ulteriore,
- gli aiuti finanziari accordati agli anziani (indennità supplementare, di alloggio, aiuti sociali, eccetera),
- le possibilità di gestione del loro bilancio e, eventualmente, di investimento,
- le possibilità di alloggio - servizi sociali, compresi quelli forniti a titolo assistenziale - le opportunità di svago e in materia di istruzione per anziani;

8. sottolinea l'importanza dei corsi di formazione al pensionamento e auspica, con il concorso delle parti sociali, la diffusione capillare di tali corsi per tutti i lavoratori dipendenti e indipendenti;

9. richiama inoltre l'attenzione sull'importanza di sviluppare la formazione degli adulti e di incoraggiare le attività ricreative del tempo libero;

10. constata tuttavia che, sulla base delle informazioni fornite dall'OIL, meno del 5 per cento degli interessati partecipa a corsi di formazione nei paesi in cui la preparazione al pensionamento è una prassi abituale;

11. sottolinea che l'avvio di una concreta politica europea di preparazione alla pensione esige innanzitutto l'adozione di talune misure; in particolare chiede alla Commissione e agli Stati membri di:

- elaborare quanto prima una direttiva sul collocamento a riposo flessibile e su base volontaria, secondo gli Orientamenti contenuti nella Raccomandazione del Consiglio del 10 dicembre 1982 relativa a una politica comunitaria dell'età pensionabile,

- stabilire pensioni che soddisfino le esigenze degli anziani e tengano effettivamente conto del fattore inflazione, dell'evoluzione generale dei redditi e dei contributi versati; occorre garantire un reddito minimo a coloro che non hanno potuto maturare sufficienti diritti alla pensione, affinché trascorrano una vecchiaia dignitosa,

- garantire che, nel contesto di qualsiasi modifica del sistema delle pensioni di anzianità negli Stati membri della Comunità, le relative disposizioni non pregiudichino diritti in corso di acquisizione da parte dei lavoratori di più di 45 anni di età,

- proporre misure concrete che tengano conto delle conseguenze in materia pensionistica della recente sentenza della Corte europea di giustizia sulla causa Marshall, evitando così qualsiasi discriminazione contro le donne,

provvedere quanto prima, di concerto con le parti sociali, alla ristrutturazione del tempo di lavoro, offrendo ai lavoratori che hanno superato i 55 anni la possibilità di lavorare a tempo parziale fino al raggiungimento dell'età pensionabile;

12. chiede al Consiglio di approvare quanto prima la direttiva sul lavoro volontario a tempo parziale per assicurare la necessaria tutela anche agli anziani che intendono praticarlo;

13. ribadisce che tra le persone molto anziane si annoverano un gran numero di donne e ritiene pertanto necessaria una revisione della struttura della maggior parte dei sistemi di pensionamento affinché tutte le donne, anche le casalinghe, possano usufruire di una pensione dignitosa indipendentemente dalla loro situazione coniugale;

14. chiede che venga garantito il diritto individuale alla sicurezza sociale, a prescindere dalla situazione coniugale, ai fini tanto degli aiuti finanziari quanto del beneficio della pensione;

15. sottolinea l'importanza per gli anziani di una certa tranquillità economica e a tal fine chiede che in tutti gli Stati membri venga instaurata una politica dei redditi per i pensionati che tenga conto dei fattori inflazionistici e che venga loro data la possibilità di investire gli eventuali risparmi a un tasso di interesse - postale o bancario - maggiorato; invita pertanto tutti gli Stati membri a introdurre un regime di esenzione fiscale sui redditi ottenuti da risparmi e investimenti fino a un congruo massimale;

16. invita gli Stati membri a modificare, ove necessario, le norme che disciplinano i regimi pensionistici privati in modo che i cittadini possano usufruire della maggiore flessibilità possibile al momento di scegliere il regime più consono alle loro esigenze;

17. attira l'attenzione sul fatto che talvolta la liquidazione della pensione non avviene al momento della cessazione del rapporto di lavoro e che ciò crea numerosi problemi e traumi al pensionato; chiede pertanto che in tutti gli Stati membri si eviti tale inconveniente aiutando a risolvere anticipatamente tutti gli elementi che contribuiscano al sorgere di questo problema;

18. fa rilevare il successo, tra l'altro, delle università aperte e popolari e di altre formule di formazione culturale cui possono partecipare anche gli anziani, che si vedono così offerta la possibilità di un migliore sviluppo della personalità; incarica in tale contesto la commissione per la gioventù, la cultura, l'istruzione, l'informazione e lo sport e la commissione per gli affari sociali e l'occupazione di effettuare nel 1987 una valutazione di tali iniziative;

19. ritiene auspicabile che all'anziano sia consentito di rimanere quanto più a lungo possibile nel suo ambiente di vita e si fa fautore in tale contesto della creazione di un'ampia rete di sostegno; ritiene che i familiari che si assumono la cura di un anziano debbano poter contare su un congedo straordinario e su un'indennità finanziaria, oppure su un'agevolazione; è

necessario in tale contesto fare in modo che tale compito non ricada esclusivamente sulle donne;

20. ritiene che, allo scopo di consentire agli anziani di restare nell'ambiente familiare per più tempo possibile, occorra aumentare le agevolazioni fiscali per le famiglie che si occupano direttamente di familiari anziani o che lo fanno impiegando persone all'uopo; invita la Commissione a effettuare studi comparati in merito ai regimi di sostegno non finanziario a favore dei familiari addetti alle cure degli anziani;

21. ritiene che occorra introdurre carte o contratti di assistenza nella legislazione che disciplina l'assistenza domestica/istituzionale degli anziani, nei casi in cui essi non esistano ancora, per tutelare i loro diritti e garantire la qualità fondamentale della vita;

22. sottolinea peraltro che, vista l'evoluzione demografica, dopo il 1995 insorgerà una penuria di forze di lavoro, per cui si farà il massimo ricorso a tutti gli uomini e le donne tra i 20 e i 60 anni per occupare i posti di lavoro necessari, con la conseguenza che la possibilità dei familiari di assumersi la cura degli anziani risulteranno limitate ed aumenterà la necessità di un aiuto organizzato dallo Stato; esorta gli Stati membri a tenere seriamente conto di tali sviluppi, in modo da poter prevenire tempestivamente le frizioni in questo ambito;

23. rileva che l'alloggio costituisce un problema fondamentale delle persone anziane, ma constata purtroppo che nelle maggior parte degli Stati membri le persone anziane vivono in media in alloggi poco funzionali e poco confortevoli o, addirittura, in condizioni di precarietà; chiede pertanto alla Commissione e agli Stati membri di studiare accuratamente le varie possibilità per rispondere ai problemi di alloggio delle persone anziane; ritiene inoltre che i progetti di alloggi integrati (dove le persone anziane vivono con altre generazioni) dovrebbero consentire l'inserimento più attivo delle persone anziane alla vita sociale evitando il rischio di isolamento nonché una maggiore solidarietà tra le varie generazioni e incita pertanto la Commissione ad associarsi ai progetti pilota di alloggi integrati;

24. riconosce che l'inadeguatezza dell'alloggio può dar luogo a non necessari ricoveri di anziani presso ospedali o istituti di cura a lungo termine, e che la disponibilità di alloggi adeguati e appropriati può consentire a un numero ben più numeroso di anziani di essere assistiti a casa propria da gruppi di assistenza comunitaria, di carattere familiare, volontario o statuario;

25. chiede che in tutti gli Stati membri venga concepita una politica degli alloggi delle persone anziane che consenta agli anziani di continuare a vivere nella loro casa grazie a sovvenzioni per l'affitto e che permetta loro di essere, anche in tarda età, proprietari di una casa grazie ad agevolazioni fiscali; ritiene che un contratto di affitto nel caso in cui il locatario abbia superato i 70 anni di età possa essere rescisso unicamente con l'accordo dell'autorità locale, ferma restando la messa a disposizione di un'abitazione sostitutiva;

26. chiede che negli Stati membri dove è particolarmente acuta la crisi degli alloggi, siano prese speciali misure per tutelare dagli sfratti soprattutto gli anziani di età superiore ai 65 anni;

27. chiede alla Commissione di studiare la possibilità di introdurre una tessera europea dei pensionati, che avrebbe la funzione di «passaporto» per le concessioni agli anziani in tutta la Comunità;

28. è sempre più preoccupato dal diffondersi di atti di violenza contro gli anziani, nei grandi agglomerati urbani e nelle zone rurali e fa presente che tale fenomeno provoca un perenne stato di ansia; al riguardo chiede ai governi degli Stati membri di adottare le misure adeguate affinché per tutti gli anziani che vivono da soli vengano previste agevolazioni per l'ottenimento del telefono e, in caso di indigenza, a tariffa ridotta; chiede inoltre che alle persone di età superiore ai 75 anni venga gratuitamente fornito un apparecchio «telesoccorso» affinché, in caso di emergenza, una persona anziana possa inviare una richiesta di aiuto attraverso la linea telefonica senza doversi recare al telefono;

29. al fine di una migliore integrazione sociale, chiede che agli anziani vengano estese facilitazioni su tutte le tariffe di trasporto e che venga sviluppato il turismo della terza età, chiede che sia loro consentito di partecipare a manifestazioni culturali e di altro genere a un prezzo ridotto;

30. fa presente che la protezione sociale delle persone molto anziane costituirà sempre più una preoccupazione costante degli Stati membri e che ciò implica a livello comunitario la definizione di programmi di azione sanitaria e sociale che inglobino particolari misure per gli anziani minorati;

31. sottolinea che, oltre allo sviluppo legittimo della protezione sociale, il miglioramento della qualità della vita per le persone anziane presuppone, in modo complementare, lo sviluppo di azioni di tipo volontario che forniscano cure, conforto e amicizia alle persone troppo spesso abbandonate; plaude al lavoro svolto dalle associazioni e dalle organizzazioni a esse collegate che operano a favore degli anziani ed è convinto dell'opportunità di riconoscere maggiormente la funzione da esse svolta e di incoraggiarne lo sviluppo, ritenendo altresì che sia proficuo consultarle regolarmente a livello europeo in ordine a tutte le decisioni riguardanti la vita degli anziani; chiede che a disposizione delle organizzazioni che rappresentano gli anziani siano messe le risorse necessarie; chiede agli Stati membri di provvedere affinché questo tipo di lavoro volontario non sia compito esclusivo delle donne, ma vi partecipino anche gli uomini e soprattutto i giovani;

32. insiste presso la Commissione perché venga quanto prima - e non oltre il 1° gennaio 1988 - introdotta la «Carta europea dell'anziano» affinché i diritti di tale categoria di persone vengano pienamente riconosciuti e tutelati giuridicamente; invita inoltre la Commissione a designare il 1989 «Anno europeo degli anziani»;

33. chiede inoltre alla Commissione di studiare la possibilità di introdurre un libretto sanitario europeo per gli anziani;

34. ritiene che tutti gli anziani debbano essere trattati su un piano di parità, si deve respingere qualsiasi discriminazione su base di nazionalità, sesso, religione o convincimento politico;

35. incarica il suo Presidente di trasmettere la presente risoluzione al Consiglio, alla Commissione e ai governi degli Stati membri.

Risoluzione approvata il 17 gennaio 1986 sul potenziale per sviluppare le regioni meno favorite della Comunità europea attirandovi nuovi residenti, specialmente fra gli anziani e le persone bisognose di lunghi periodi di cure

Il Parlamento europeo,

A. viste le relazioni del comitato ad hoc «Europa dei cittadini» destinata al Consiglio europeo e in particolare le sezioni concernenti il turismo, i controlli valutari e il diritto di residenza.

B. vista la Seconda relazione periodica sulla situazione e l'evoluzione socio-economica delle regioni della Comunità (8), che rileva il perdurare di marcate disparità regionali in materia di sviluppo economico e opportunità d'impiego, pur in assenza di dettagliate informazioni statistiche per quanto riguarda Grecia, Portogallo e Spagna.

C. considerando l'ampliamento della Comunità europea.

D. considerando che gli anziani possono svolgere un ruolo sempre più importante nella vita economica e culturale della Comunità europea.

E. considerando che strutture residenziali per anziani o centri termali possono fornire opportunità per lo sviluppo economico e l'occupazione nelle regioni meno favorite.

F. considerando che il perdurare delle barriere al libero flusso degli investimenti tra gli Stati membri e di ostacoli di altra natura generalmente dissuadono i pensionati dall'insediarsi in altri Stati membri della Comunità europea.

G. considerando che le istituzioni comunitarie stanno contribuendo allo smantellamento di dette barriere e possono promuovere attivamente lo sviluppo economico delle regioni meno favorite mediante strumenti quali il Fondo europeo di sviluppo e la Banca europea per gli investimenti.

H. vista la sua risoluzione del 16 dicembre 1983 sulla politica comunitaria nel settore turistico (9).

I. viste le proposte di risoluzione presentate dagli onorevoli Hutton, Faith e Beazley (doc. 2-594/84) e dall'onorevole Ford (doc. 2-928/84).

J. vista la relazione della commissione per la politica regionale e l'assetto territoriale (doc. A2-184/85);

1. richiama l'attenzione sul crescente aumento della percentuale della popolazione ultrasessantenne della Comunità europea, sul continuo miglioramento delle condizioni di salute, di prosperità e di mobilità di tali cittadini, nonché sulla grande importanza economica di questi sviluppi;

2. richiama l'attenzione sui maggiori vantaggi economici che i pensionati e i «turisti per motivi di salute» possono offrire alle regioni meno favorite della Comunità, soprattutto in considerazione dell'uso più intensivo, nei periodi di bassa stagione, delle infrastrutture turistiche esistenti; dette infrastrutture possono essere integrate da impianti sussidiari, quali centri di cura, ospedali, eccetera, i quali però non devono portare alla creazione di «ghetti» per anziani socialmente isolati, poichè così facendo il provvedimento di cui sopra si rivelerebbe anacronistico sul piano sociale;

(8) COM(84) 40/def.

(9) *Gazzetta Ufficiale* n. C 10 del 16 gennaio 1984, pag. 281.

3. ritiene che l'insediamento di pensionati in altri Stati membri migliori altresì la comprensione reciproca delle diverse tradizioni culturali della Comunità e che dovrebbe essere preso in considerazione dalla Commissione come una forma di turismo a lungo termine;

4. richiama l'attenzione sui vantaggi derivanti dalla stabilità dei tassi di cambio assicurata dal Sistema monetario europeo per questa e altre forme di turismo, ma anche sul costo eccessivo del cambio di valute;

5. invita la Commissione a garantire che questa e altre forme di turismo a lungo termine vengano prese in debita considerazione nei programmi di sviluppo regionale in corso di preparazione nell'ambito del regolamento del Consiglio n. 1787/84 sul Fondo europeo di sviluppo regionale, e in particolare ad assicurare che i programmi mediterranei integrati e qualsiasi altro programma futuro della Comunità che appaia importante per il turismo consentano il massimo grado di sostegno a nuove iniziative di tale natura mediante le risorse comunitarie;

6. invita la Commissione ad attribuire importanza prioritaria all'aiuto a questa forma di turismo in ogni futura proposta al Consiglio sulla politica nel settore del turismo e mediante iniziative proprie nel campo dei trasporti (soprattutto nell'ambito della revisione della direttiva del Consiglio sui servizi aerei interregionali) (10) e nel settore della sicurezza sociale;

7. invita il Consiglio a prendere quanto prima in esame la proposta di direttiva della Commissione sulla libertà di stabilimento e sulla libera prestazione dei servizi nel campo del credito fondiario (11), sulla quale il Parlamento europeo esprimerà tra breve il proprio parere, e a considerare favorevolmente questa o qualsiasi altra proposta volta a liberalizzare i mercati di capitali della Comunità.

8. invita tutti i servizi della Commissione competenti in materia a studiare i principi discussi nella presente risoluzione e nella relazione a essa attinente e ad analizzare soprattutto i problemi relativi al finanziamento delle strutture necessarie per questa iniziativa, compreso l'eventuale contributo dei fondi strutturali della Comunità, e di riferire alla commissione responsabile del Parlamento europeo in merito alle loro conclusioni entro il 1986;

9. invita la Banca europea per gli investimenti a esaminare il modo in cui potrebbe contribuire al finanziamento dei progetti previsti e delle necessarie infrastrutture, compreso il sostegno dei progetti attuabili di tale natura che le vengano presentati;

10. invita le autorità regionali e locali competenti per lo sviluppo economico delle regioni meno favorite della Comunità europea a esaminare, durante l'elaborazione dei programmi per il miglioramento delle infrastrutture e nel corso della loro programmazione generale, la possibilità di attirare

(10) Direttiva del Consiglio 83/416/CEE (*Gazzetta Ufficiale* n. L 237 del 26 agosto 1983, pag. 19).

(11) COM (84) 730 def.

investimenti privati nei tipi di progetti contemplati in questa sede e ad adottare ogni misura necessaria a facilitarne l'attuazione;

11. incarica il suo Presidente di trasmettere la presente risoluzione e la relazione a essa attinente alla Commissione e al Consiglio, alla Banca europea per gli investimenti e alle autorità regionali interessate tramite il Centro europeo per lo sviluppo regionale (CEDRE) recentemente istituito a Strasburgo.

Risoluzione approvata il 10 maggio 1986 sugli aiuti agli anziani

Il Parlamento europeo,

visto il Piano d'azione di Vienna sul problema dell'invecchiamento,
viste le relazioni dei Länder per la Conferenza mondiale sui problemi dell'invecchiamento,

vista la sua risoluzione del 18 febbraio 1982 sulla posizione e i problemi degli anziani nella Comunità (12),

visto il documento «Socio-Economic Policies for the Elderly» dell'OCSE,

visto il documento «The Social Protection of the Very Old» del Consiglio d'Europa,

vista la proposta di risoluzione dell'on. Van Hemeldonck sulle ausiliarie familiari e geriatriche (doc. 2-1257/84),

vista la relazione della commissione per i diritti della donna (doc. A2-219/85),

considerando:

A. che le migliorate condizioni di vita e il progresso medico hanno garantito non solo una previsione di vita più lunga, ma hanno anche consentito alle persone di andare in pensione in condizioni di salute fisica e mentale migliori che in passato,

B. che gli anziani non sono un oggetto passivo, bensì parte integrante della società e che sono proprio essi quelli che conoscono meglio quale sia la politica da seguire per venir loro incontro,

C. che è necessaria una diversità di opinioni, in quanto fasce di persone di età diversa hanno esigenze diverse,

D. che gran parte degli anziani desidera rimanere nel proprio ambiente il più a lungo possibile,

E. che anche oggi un'elevata percentuale di anziani viene assistita a casa dai familiari,

F. che i familiari, di norma donne, devono essere aiutati nell'assistenza mediante una larga offerta di servizi di assistenza a domicilio e presso istituti,

G. che nei servizi di assistenza a domicilio esistenti operano prevalentemente dei volontari, per lo più donne, e che negli Stati membri l'aliquota di personale qualificato è ancora poco elevata rispetto al totale del personale che opera nell'assistenza,

H. che sia gli anziani validi che gli anziani non autosufficienti hanno problemi cui va data un'adeguata risposta da parte delle istituzioni, sia pubbliche che private,

1. chiede alla Commissione:

a) di effettuare ricerche concernenti:

i motivi che provocano l'isolamento degli anziani particolarmente delle donne,

la richiesta dei vari modi e metodi di assistenza atti a far fronte a questo problema,

(12) *Gazzetta Ufficiale* n. C 66 del 15 marzo 1982, pag. 71.

l'efficacia dei diversi sistemi di assistenza,
i periodi di degenza degli anziani nei diversi istituti e le loro strutture di costo,

le condizioni di ammissione, i requisiti professionali e la durata della formazione per la professione di ausiliaria familiare e geriatrica,

il problema dell'ipotermia, che rischia gravemente di colpire le persone anziane in caso di temperature fredde,

b) la messa a punto di dati specifici sulla situazione sociale, giuridica e finanziaria di coloro che operano nel quadro dell'assistenza a domicilio e degli anziani,

c) di accertare in particolare:

se esistano negli Stati membri, e in quali forme e modi, servizi di assistenza domiciliare a favore degli anziani e delle loro famiglie,

se tali servizi abbiano o meno carattere interdisciplinare,

si vi operi personale medico, personale delle professioni sanitarie ausiliarie (infermieri, fisioterapisti, ecc.) assistenti sociali, addetti ai lavori domestici ecc.,

se siano richiesti, agli operatori dei servizi di assistenza domiciliare, requisiti professionali o di specializzazione o particolari periodi di formazione per le diverse qualifiche,

se, e in quale misura, tali servizi siano gestiti e finanziati da enti pubblici (nazionali, locali o previdenziali),

a) con proprio personale,

b) mediante convenzioni con cooperative all'uopo costituite, organizzazioni assistenziali, associazioni di volontariato,

se, e in quale modo, tali servizi vengano espletati da privati o da volontari;

2. chiede altresì alla Commissione:

a) di tener conto della situazione specifica dei migranti anziani che si trovano negli Stati membri, nonché delle forme di assistenza che meglio si addicono a tale situazione specifica,

b) di elaborare una relazione esauriente sulla natura dei servizi e agevolazioni di cui dispongono gli ospizi per anziani, al fine di fornire una base per la determinazione di norme minime accettabili di assistenza,

c) di appoggiare gli Stati membri nell'elaborazione di normative quadro per i servizi di assistente domiciliare e per l'esercizio di tale attività da parte degli addetti,

d) di presentare al Consiglio una proposta di direttiva per l'armonizzazione delle disposizioni legislative degli Stati membri in materia di statuto degli assistenti a domicilio degli anziani e delle loro famiglie,

e) di esaminare la possibilità di applicare un programma originale finalizzato alla creazione di spazi abitativi per gli anziani aiutando quelli più poveri a pagare le pigioni in modo da garantirli contro lo sfratto per motivi economici, all'adeguamento delle nuove abitazioni alle loro esigenze, all'ammodernamento delle vecchie abitazioni di modo che possano rimanere in un ambiente loro familiare, ai contatti con le altre categorie sociali onde evitare il formarsi di ghetti, e di concedere mutui per il finanziamento di programmi di edilizia abitativa per gli anziani;

chiede agli Stati membri:

3. di accordare priorità all'assistenza domiciliare in ambiente familiare e di migliorare la situazione del personale operante nei servizi di assistenza domiciliare;

4. di facilitare l'assistenza mediante misure in campo edilizio, mediante la messa a disposizione di apparecchiature e di attrezzature, soprattutto mediante l'agevolazione dell'installazione gratuita di sistemi d'allarme a distanza nell'abitazione e collegati direttamente con il municipio, di favorire la consulenza nell'ambito dell'assistenza a domicilio e di coadiuvare e sostenere gli assistenti;

5. di provvedere particolari agevolazioni a favore degli anziani, sotto forma di trasporti pubblici gratuiti, esclusi i periodi di punta, di ingresso gratuito in musei, manifestazioni artistiche, spettacoli teatrali e cinematografici, piscine e altre attrezzature sportive;

6. di attenuare, mediante l'istituzione di un'indennità di assistenza, mediante provvedimenti fiscali e tramite la sicurezza sociale degli assistenti, gli oneri finanziari di questa categoria di persone;

7. di mettere a disposizione più ampie possibilità di breve soggiorno in ospedale in caso di assenza temporanea della persona che assicura l'assistenza e di estendere forme di «day hospital»; a questo riguardo sarebbe auspicabile prevedere riduzioni di imposte locali e comunali, o dell'imposta sul reddito; occorrerebbe altresì prevedere un aggiustamento, o addirittura la soppressione, del canone sulla televisione, a vantaggio delle persone anziane;

8. di appoggiare maggiormente l'azione a carattere locale delle associazioni sociali e degli istituti di formazione degli adulti, che si dedicano in modo del tutto particolare alle donne;

9. di far partecipare i membri della popolazione migrante all'attività delle organizzazioni volontarie e formare la seconda generazione dei migranti alle professioni di assistenza degli anziani, di assistenti sociali, ecc.;

10. di intraprendere più iniziative per migliorare le possibilità di comunicazione sociale e di mettere a disposizione utili alternative per il tempo libero, come i viaggi che sarebbero agevolati mediante carte di riduzione su trasporti e sulle spese di soggiorno;

11. di promuovere in modo particolare i gruppi di autoassistenza costituiti dai vicini e dagli anziani, di cui i comuni dovrebbero promuovere la creazione, offrendo una vasta gamma di attività;

12. di attuare progetti di ricerca e progetti-modello per il perfezionamento culturale degli anziani, con attenzione tutta particolare per le donne;

13. di sviluppare attività psicomotorie e sportive per gli anziani;
14. di promuovere attività comuni di giovani e di anziani e sfruttare a vantaggio della società le esperienze degli anziani;
15. di istituire nelle città e/o nelle regioni consigli di anziani, definire chiaramente le loro competenze e associarli a tutte le decisioni che riguardano gli anziani;
16. di sostenere, mediante aiuti agli investimenti ed altre sovvenzioni, le regioni e i comuni nel mettere a disposizione adeguati servizi a domicilio;
17. di potenziare, conformemente al fabbisogno, la rete dei centri sociali, dei centri di assistenza comune, dei centri di assistenza sociale e di altre istituzioni che offrono una gamma integrata di possibilità di tempo libero e di comunicazione, servizi di consulenza e aiuti in campo medico, coinvolgendo nella direzione e gestione di detti centri gli anziani stessi;
18. di tenere maggiormente conto dei bisogni degli anziani nell'elaborare i piani regolatori; occorrerebbe preoccuparsi di fornire agli anziani alloggi dotati di particolari attrezzature e servizi che si integrino nella struttura comunitaria, in modo che le persone anziane non siano isolate. Occorre anche tener conto di questo elemento nel pianificare i pubblici trasporti;
19. di prevedere poi aiuti specifici destinati alle persone anziane che provvedono per conto proprio a fare eseguire dei lavori nel loro domicilio per migliorarlo e adattarlo ai loro bisogni specifici;
20. di prevedere un contributo integrativo del costo della locazione e/o dell'impianto telefonico nelle case di coloro che vivono soli;
21. di informare la popolazione sul processo di invecchiamento, sugli anziani, nonché sul contributo che gli anziani possono dare alla società sul terreno economico, culturale e sociale, mediante un lavoro selettivo di informazione pubblica, avvalendosi della radio e della televisione;
22. di incoraggiare gli Stati, le regioni e gli enti locali ad avvalersi dell'esperienza degli anziani per la società, a condizione che le persone giovani non vengano escluse dai posti di lavoro;
23. di istruire sui principi e sulla tecnica delle gerontologia e della geriatria, della psicologia e dell'assistenza agli anziani tutti gli studenti delle professioni sanitarie e assistenziali e i medici;
24. di accordare adeguate integrazioni pensionistiche per far sì che gli anziani non siano costretti a lasciare il loro domicilio per costrizioni finanziarie;
25. di fornire sussidi all'acquisto di carburante da riscaldamento e sovvenzioni per l'isolamento termico delle abitazioni, con generosità e senza formalità complesse, affinché tutti gli anziani siano in grado di

riscaldare adeguatamente le proprie abitazioni e di evitare il rischio di ipotermia, cui essi sono particolarmente sensibili; questa misura è essenziale per evitare che, quando la temperatura è fredda, gli anziani si trovino di fronte a fatture di carburante eccessive che non possono permettersi di pagare, e per eliminare la profonda inquietudine nei riguardi della spesa, la quale dissuade molte persone anziane dal riscaldare adeguatamente le proprie abitazioni;

26. di garantire che le istituzioni e gli ospizi per anziani siano visitati regolarmente dalle autorità pubbliche, per garantire che il loro livello, in fatto di personale, di cure e di servizi, sia adeguato e corrisponda al loro costo; di fornire agli anziani, e soprattutto alle donne anziane che non hanno svolto attività lavorativa, consulenza in merito alle agevolazioni finanziarie e assistenziali previste per gli anziani;

27. invita gli Stati membri a rendere disponibili in via prioritaria i mezzi finanziari necessari per una politica degli alloggi familiari destinati alle persone anziane, riunendo i servizi collettivi loro indispensabili, compreso un inquadramento medico;

28. chiede alla Commissione di emanare al più tardi entro il 1° gennaio 1988 una «Carta europea degli anziani» che ne riconosca e tuteli giuridicamente i diritti;

29. incarica il suo Presidente di trasmettere la presente risoluzione al Consiglio, alla Commissione e ai governi dei dodici Stati membri, nonché ai relativi parlamenti per un accurato esame di merito cui dovrà far seguito una comunicazione sui risultati conseguiti.