

## **Invecchiamento della popolazione e implicazioni sulla salute. Riflessioni sull'andamento nel tempo in Emilia-Romagna**

Angelina Mazzocchetti<sup>1</sup>, Nicola Caranci<sup>2</sup>, Antonio Addis<sup>2</sup>

**Riassunto.** L'invecchiamento della popolazione rappresenta uno dei fattori caratterizzanti la popolazione dell'Emilia-Romagna e dell'Europa. Dal 1990 al 2010 l'aspettativa di vita in Emilia-Romagna è cresciuta di circa 6 anni per gli uomini e 5 per le donne. La speranza di vita in buona salute nell'ultimo decennio osservato è cresciuta ancor più rapidamente, in particolare quella femminile. Si prevede che nel 2030 il numero di ultra 65enni avrà superato il milione, mentre l'andamento della vita attesa in buona salute non è scontato. Rafforzare le azioni volte ad accrescere la buona salute favorisce la sostenibilità dell'invecchiamento e può alimentare il trend positivo osservato per la speranza di vita in buona salute. La Regione Emilia-Romagna raccoglie la sfida demografica dei prossimi anni nel contesto europeo e promuove strategie per l'invecchiamento sano e attivo, con una particolare attenzione alla prevenzione nell'accezione più ampia e nell'intero arco di vita, con l'obiettivo di contribuire al raggiungimento del target di aumento di 2 anni nella speranza di vita in buona salute dei cittadini europei entro il 2020, da monitorare con gli strumenti appropriati.

**Parole chiave.** Invecchiamento, prevenzione, proiezioni, salute, servizi.

### **Inquadramento del fenomeno e sue implicazioni**

L'analisi dei cambiamenti demografici, con le relative sfide e opportunità, è divenuta di centrale importanza tra le riflessioni sullo sviluppo futuro dei territori. In questo senso, l'analisi dell'evoluzione dell'invecchiamento e delle sue diverse implicazioni è di particolare interesse.

Il sistema demografico dell'Emilia-Romagna, così come dell'Italia e in generale dei Paesi occidentali, si configura come un classico sistema maturo caratterizzato da bassa fecondità ed elevata longevità e, di conseguenza, da una struttura squilibrata verso le età anziane. Nel panorama delle regioni italiane, l'Emilia-Romagna è quella che ha conosciuto la più rapida e intensa trasformazione nella struttura per età: in circa 50 anni<sup>a</sup> si è ribaltato il rapporto tra

<sup>a</sup> Se il censimento del 1961 contava la presenza di un individuo con 65 anni e oltre ogni 2 giovani con meno di 15 anni, al censimento del 2001 il rapporto è sostanzialmente ribaltato con circa 2 anziani per ogni giovane.

*Population ageing and health implication. Thinking time trends in Emilia-Romagna Region.*

**Summary.** Ageing is doubtless a factor characterizing population in Europe, and particularly in Emilia-Romagna, a north-east Italian region of about 4,5 million people. From 1990 to 2010 life expectancy in Emilia-Romagna has grown by about 6 years for men and 5 for women. At the same time good health life expectancy has grown even more rapidly, particularly among women. While it is expected that in 2030 the number of over-65s will have exceeded one million people, the trends in good health life expectancy is not granted. Strengthen actions aimed at increasing good health conditions promotes ageing sustainability and can feed the positive trend observed for the life expectancy in good health. The Emilia-Romagna Region takes up the demographic challenge of the coming years in the European context and promotes strategies for active and healthy ageing, working on prevention in its broadest sense and for the entire life span, with the aim of actively contribute to the achievement of the EU2020 target of an increase of two years in life expectancy in good health of European citizens.

**Key words.** Ageing, health, prevention, projections, services.

giovani e anziani e a tutt'oggi questo rapporto non sembra destinato a riequilibrarsi. Questa situazione di squilibrio accomuna, con diversa intensità, molte regioni europee, e una corretta comprensione dei nuovissimi cambiamenti demografici che deve fronteggiare la società moderna è al centro del raggiungimento degli obiettivi di Europa 2020. Non solo infatti l'invecchiamento, ma la crescente mobilità porterà sempre più persone con background culturali diversi a convivere su uno stesso territorio.

La ricerca sulle dinamiche dell'invecchiamento analizza e riconosce l'importanza di una "buona salute" per una "buona vecchiaia" nelle attuali dinamiche di popolazione e pone questo legame alla base delle strategie per favorire la sostenibilità dell'invecchiamento, alimentando il trend positivo della speranza di vita in buona salute (COMM 2006: 574). In tale contesto va letto il programma lanciato nel 2012 dalla Commissione europea nell'ambito del partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute (European Innovation Partnership-Active Healthy

Ageing). Quest'ultima è un'iniziativa pilota per affrontare la sfida rappresentata dall'invecchiamento demografico, con l'obiettivo di accrescere di due anni la speranza di vita in buona salute dei cittadini europei entro il 2020. In sintesi, il partenariato pilota si pone tre grandi sfide:

- migliorare la salute e la qualità della vita dei cittadini europei, in particolare degli anziani;
- supportare la sostenibilità e l'efficienza dei sistemi sanitari a lungo termine;
- rilanciare il sistema produttivo europeo, contribuendo a una crescita sostenibile.

La commissione europea ha sottolineato l'importanza della partecipazione al partenariato di Regioni, città, ospedali e organizzazioni per garantire un approccio globale, innovativo e integrato all'assistenza e cura e all'uso di tecnologie per l'invecchiamento sano e attivo. Il successo di EIP-AHA dipenderà quindi, in larga parte, dagli interventi effettuati a livello regionale e locale.

Nel quadro dell'esperienza EIP-AHA, la Regione Emilia-Romagna è intenta a sviluppare sinergie e collaborazioni nazionali e internazionali per rispondere concretamente alla sfida demografica<sup>1</sup>.

Il guadagnare salute evolve e dipende dai determinanti sociali e ambientali, da quelli legati ai comportamenti individuali e dalle terapie mediche. La prevenzione delle malattie e la promozione della salute tramite tutti i generi di politiche sono un investimento che si riverbera sulla popolazione, e dunque sulle persone che invecchieranno più o meno sane. Questo comporta vantaggi duraturi ed efficaci per proteggere da più di una malattia, sempre che gli interventi siano a livello societario<sup>2</sup> e garantiti da un servizio pubblico, come accade con l'assistenza sanitaria quando ci si ammala.

Il sistema previdenziale italiano è stato messo in discussione dall'invecchiamento della popolazione e dall'ipotizzata rivoluzione epidemiologica<sup>3</sup> già da due Governi<sup>4</sup>, nonostante il quadro attuale sia compatibile con un calo di morbilità e disabilità<sup>5</sup>. D'altro canto, non sarà oggetto della presente trattazione il potenziale andamento futuro della cronicità, né l'impatto sul sistema sanitario.

Lo studio su ammontare e salute della popolazione anziana e sulle interrelazioni con gli altri gruppi di popolazione assume un ruolo importante nel fornire elementi di riflessione sull'organizzazione attuale e futura delle nostre società e se ne dà conto in termini descrittivi per l'Emilia-Romagna. Inoltre, attraverso le proiezioni demografiche si traccia l'evoluzione della popolazione anziana nei prossimi anni evidenziando come, nell'incertezza propria delle proiezioni, vi siano percorsi determinati e prevedibili<sup>b</sup> che forniscono elementi utili alla definizione di politiche e interventi.

<sup>b</sup> In relazione a ciò, non si affronterà l'andamento futuro del trend nei livelli di disabilità, variabile anch'esso rispetto alla coorte di nascita (come visto nelle coorti oggi arrivate in età anziana rispetto ai nati negli anni della seconda guerra mondiale<sup>1b</sup>), di cui si darà cenno in discussione e per quanto osservato negli ultimi anni in Italia.

## Materiali e metodi

La speranza di vita alla nascita e alle varie età è ottenuta combinando i tassi di mortalità specifici con la popolazione osservata negli anni di riferimento. Questa si può interpretare come il numero di anni che si aspetterebbe di vivere una persona nata in un dato territorio e in un dato anno se sperimentasse nel corso della sua vita – alle varie età – i tassi di mortalità che si osservano in quel dato anno, in quella data popolazione, alle diverse età. Tramite combinazione lineare con la frequenza di soggetti in buona salute per ogni classe di età si ottiene la stima della speranza di vita in buona salute<sup>6</sup>.

Le proiezioni demografiche sono state sviluppate nel 2011 a partire dai dati noti fino al 2010 e sono state derivate da tre diversi scenari evolutivi che per semplicità possono ricondursi a una idea di espansione (scenario alto), di conservazione (scenario centrale o intermedio) e di recessione (scenario basso) rispetto alle dinamiche demografiche osservate fino all'anno di partenza della proiezione stessa. Nell'ambito del presente contributo si è poi considerato che:

- i dati rilevati nel periodo 2011-2013 mostrano come lo scenario più vicino alla realtà sia quello basso, cioè quello in cui si è ipotizzato un effetto congiunturale della crisi economica sui parametri demografici;
- le proiezioni considerano un arco ventennale e sembra opportuno in questa sede presentare anche i risultati dello scenario centrale al quale, al momento della costruzione, era attribuita la maggiore probabilità di realizzazione;
- nel lungo termine, e se gli effetti della crisi soprattutto su fecondità e migratorietà sono realmente congiunturali, il percorso della popolazione residente in Emilia-Romagna potrebbe essere medio tra i due scenari di seguito presentati.

## Risultati

In Emilia-Romagna da circa un secolo la speranza di vita alla nascita è in continuo aumento, seppure negli ultimi anni i ritmi siano leggermente rallentati e, pur continuando a persistere un vantaggio di sopravvivenza a favore del genere femminile, il differenziale tra i sessi va riducendosi.

Prendendo in esame gli ultimi due decenni di dati consolidati (tabella 1), la speranza di vita per il genere maschile è passata da circa 74 anni nel 1990 a circa 77 nel 2000, con una variazione di poco meno di 3 anni; nello stesso periodo per il genere femminile si è passati da quasi 81 anni a poco più di 83 anni, con una variazione di poco superiore a 2 anni. Nel decennio successivo, pur continuando, la crescita ha subito un rallentamento di quasi un anno per entrambi i sessi. Al 2010, la speranza di vita alla nascita è di 80 anni per il genere maschile e di quasi 85 per il genere femminile. Nel complesso, nei 20 anni trascorsi tra il 1990 e il 2010, in Emilia-Romagna, la crescita della vita media è stata di quasi 6 anni per il genere maschile e poco meno di 5 per il genere femminile. L'aspettativa di vita in Emilia-Romagna è leggermente più elevata rispetto alla media italiana che, al 2010, indica una vita media di circa 79,4 anni per il genere maschile e 84,5 per quello femminile.

Tabella 1. *Speranza di vita alla nascita, a 65, 75 e 85 anni per sesso in Emilia-Romagna (anni 1990, 2000, 2010).*

Genere	Età	1990	2000	2010	Differenze 1990-2010	Differenze femmine-maschi	
						1990	2010
Maschile	0	74,1	77,0	80,0	5,9	6,6	4,9
	65	15,4	17,0	18,7	3,3	4,0	3,6
	75	9,3	10,3	11,3	2,0	2,4	2,6
	85	5,0	5,4	5,8	0,8	0,9	1,3
Femminile	0	80,7	83,1	84,9	4,2		
	65	19,5	21,0	22,2	2,8		
	75	11,7	13,0	13,9	2,2		
	85	5,8	6,7	7,1	1,3		

Fonte: ISTAT – Tavole di mortalità della popolazione italiana.

Il diverso ritmo di variazione tra i generi ha determinato una riduzione della differenza di sopravvivenza tra maschi e femmine, che era circa 6 anni e mezzo nel 1990 ed è scesa a meno di 5 anni nel 2010.

Focalizzando l'attenzione sugli anziani, l'analisi dell'aspettativa di vita a diverse età evidenzia altre interessanti caratteristiche, anche dal punto di vista di genere. Per esempio, a fronte di una riduzione dello svantaggio di sopravvivenza dei maschi alla nascita e a 65 anni, lo svantaggio è in aumento dopo i 75 anni.

Stanti le tendenze storiche evidenziate per la speranza di vita alla nascita, vale a dire continua crescita ma a ritmi rallentati e riduzione del differenziale tra genere maschile e genere femminile, nell'ipotesi intermedia delle proiezioni si asseconda il rallentamento osservato e l'aumento ipotizzato è di 3,5 anni per il genere maschile e di 2,5 anni per quello femminile, mentre nell'ipotesi recessiva la crescita ipotizzata è di un solo anno per le femmine e di 2 anni per i maschi, da realizzarsi nell'arco dei 20 anni di proiezione<sup>c</sup>. Con la stessa logica, sono state declinate le evoluzioni riguardanti fecondità e flussi migratori in entrata e in uscita che, combinate nel processo di proiezione, determinano la futura struttura per età e sesso della popolazione residente in Emilia-Romagna.

Il segmento della popolazione con 65 anni o più è quello che mostra meno differenze nell'evoluzione tra i due scenari demografici, poiché risente sostanzialmente solo delle ipotesi relative agli sviluppi della sopravvivenza non così distanti tra loro da determinare, nel giro di 20 anni, risultati molto diversi. Mentre il segmento di popolazione giovanile si “produce” completamente nel corso della proiezione e dipende in maniera massiva dalle ipotesi effettuate, la popolazione che al 2030

avrà più di venti anni è in buona parte già presente sul territorio e i flussi migratori, che hanno assunto maggiore consistenza a partire dai primi anni 2000, impattano la popolazione giovane e interesseranno le età anziane in misura minima nel prossimo ventennio.

Nel complesso, il segmento di popolazione con 65 anni o più, oggi come nel futuro, manterrà una consistenza considerevole che supererà, già dal prossimo decennio, il milione di residenti (tabella 2) seppure il suo peso sulla popolazione complessiva rimarrà abbastanza stabile, oscillando tra il 22,6% e il 22,8% nel 2020 e tra il 24,3% e il 25% nel 2030.

Nell'arco dei venti anni di proiezione, l'incremento della popolazione anziana in entrambi gli scenari avverrà a un ritmo superiore rispetto alla popolazione complessiva: a fronte di un aumento stimato tra il 5,5% e il 13% per i residenti nel complesso, i residenti con 65 anni od oltre sono attesi in crescita per una quota tra il 17,9% dello scenario basso e il 22,7% di quello centrale. L'incremento riguarderà soprattutto gli ultra-ottantacinquenni, seppure nei prossimi due decenni le popolazioni nelle fasce di età 65-84 e 85 anni e oltre avranno andamenti diversificati. Nel primo decennio, 2010-2020, saranno soprattutto gli ultra-ottantacinquenni a crescere, mentre nel secondo decennio, a fronte di un rallentamento nell'incremento di questo segmento, si prevede un notevole aumento della popolazione tra i 65 e gli 84 anni: in questa fascia di età, tra il 2020 e il 2030, transiteranno le numerose generazioni nate durante il baby boom dei venti anni circa successivi al 2° conflitto mondiale. In Emilia-Romagna, in particolare, il periodo del cosiddetto baby boom è soprattutto relativo agli anni 1954-1964, anno quest'ultimo in cui si è raggiunto il massimo delle nascite, circa 58mila nati vivi, a fronte dei circa 40mila attuali e dei circa 25mila raggiunti a metà degli anni Ottanta, periodo durante il quale si è toccato il minimo assoluto dei nati in Emilia-Romagna.

<sup>c</sup> Le ipotesi relative alla mortalità sono naturalmente più complesse poiché, ad esempio, l'aumento ipotizzato non è proporzionalmente distribuito su tutte le classi di età.

Tabella 2. Popolazione residente: valori assoluti (va) e prevalenza di donne (% F) per grandi classi di età e scenario in Emilia-Romagna (anni 2010, 2020, 2030).

Età	2010		2020				2030			
	va	% F	bassa		centrale		bassa		centrale	
	va	% F	va	% F	va	% F	va	% F	va	% F
65-74	478.379	53,3	496.219	52,4	500.442	52,4	584.461	50,5	599.222	50,5
75-84	359.492	58,8	357.886	56,1	363.285	56,0	380.162	54,7	397.972	54,4
85+	147.821	69,4	192.611	70,8	196.382	70,7	197.058	68,5	212.078	68,0
tot. 65+	985.692	57,7	1.046.716	57,1	1.060.109	57,0	1.161.681	54,9	1.209.272	54,9
tot.	4.395.606	51,4	4.583.059	51,6	4.700.570	51,6	4.637.945	51,5	4.966.476	51,4
% 65+	22,4		22,8		22,6		25,0		24,3	

Il differenziale di genere nell'aspettativa di vita determina una popolazione con 65 anni o più prevalentemente femminile (circa 68-70% oggi come in proiezione), richiamando l'attenzione anche sulla medicina di genere e sulla diversa prevalenza di alcune patologie tra i due sessi.

Una misura particolarmente utile a descrivere il quadro dell'evoluzione della speranza di vita unitamente alla capacità di rimanere sani è la speranza di vita in buona salute. Per l'Emilia-Romagna, nel 2010, questa indica un valore pari a 60,8 anni per il genere maschile e 58,3 per il genere femminile, con una differenza sensibile rispetto al complesso della speranza di vita. Ciò vale in particolare per le donne, per le quali un vantaggio di speranza di vita alla nascita si trasforma in uno svantaggio, implicando un maggior numero di anni medi vissuti in condizioni di salute non buona.

La figura 1 riporta l'evoluzione nel tempo della speranza di vita in buona salute e di quella

complessiva nel primo decennio degli anni 2000. Come già osservato, l'aumento dell'aspettativa di vita alla nascita ( $e_0$ ) è stato continuo, in Emilia-Romagna quanto in Italia, e la figura mostra come contemporaneamente sia cresciuta più che proporzionalmente l'aspettativa di vita in buona salute ( $e_{0bs}$ ), facendo assottigliare progressivamente la differenza, in particolare tra le donne.

L'aspettativa di vita in buona salute è cresciuta, nel decennio considerato, di circa 14,3 anni per le femmine e 10,4 per i maschi, permettendo alle donne di recuperare parte dello svantaggio che avevano all'inizio degli anni 2000. Nello stesso periodo anche a livello italiano si è verificata la stessa tendenza ma si riscontrano incrementi minori e meno differenze di genere; la speranza di vita in buona salute tra 2000 e 2010 è passata da 50,0 a 59,2 anni per i maschi e da 46,6 a 56,4 per le femmine, con un incremento rispettivamente di circa 9,2 e 9,8 anni.

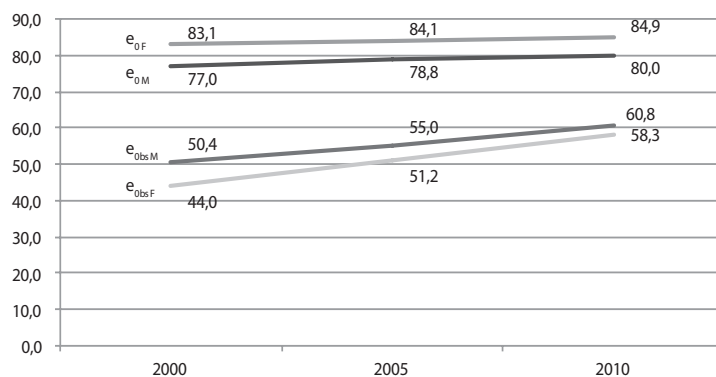


Figura 1. Speranza di vita alla nascita e speranza di vita alla nascita in buona salute per sesso in Emilia-Romagna (anni 2000, 2005, 2010).

Fonti: fino al 2005 Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte e Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"; 2010: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte e Indagine "Aspetti della vita quotidiana".

### Discussione: le prospettive dell'invecchiamento in Emilia-Romagna

Nel corso di circa cinquanta anni il sistema demografico dell'Emilia-Romagna si è notevolmente trasformato: si sono via via assottigliate le fasce di popolazione giovanili a favore di quelle anziane; i cambiamenti culturali, le diverse aspirazioni personali, l'affermarsi di nuovi modelli familiari hanno portato alla riduzione dei nati e della consistenza delle generazioni che si susseguono nell'arco delle età. Contemporaneamente, il miglioramento delle condizioni di

vita e di lavoro, le scoperte scientifiche e mediche hanno consentito di vivere sempre più a lungo a una sempre maggiore quota di individui.

Nel recente contesto ha assunto particolare importanza il fenomeno migratorio come elemento dominante del cambiamento demografico; i migranti, soprattutto internazionali, si concentrano nelle fasce di età giovanili – ad alto potenziale lavorativo e riproduttivo – mentre ancora non incidono su quelle della popolazione anziana contribuendo a dilazionare nel tempo gli effetti dell'invecchiamento. D'altro canto, l'invecchiamento è un processo che non può essere arrestato e che, per molti aspetti, rappresenta un effetto del miglioramento delle condizioni di vita a tutte le età, dei progressi socio-economici e della sempre maggiore attenzione a corretti stili di vita.

Al fine di prevedere le tendenze future, va tenuto in conto che i risultati delle proiezioni demografiche sono il frutto di un complesso e interrelato sistema di ipotesi, ma alcuni dei percorsi evidenziati sono soprattutto il risultato di effetti strutturali: l'ingresso nelle età anziane delle generazioni di nati durante gli anni del baby boom è riconosciuto come uno dei fattori che sosterrà il continuo invecchiamento delle popolazioni europee<sup>7</sup>. Questo fenomeno accentuerà ulteriormente l'invecchiamento in quei territori, come l'Emilia-Romagna, dove ad anni di elevata natalità (baby boom) è seguito un lungo periodo di contrazione (baby bust) che, oggi, si legge nella contrazione della popolazione nelle classi di età centrali, attesa anche per il futuro.

La soglia dell'anzianità, convenzionalmente fissata a 65 anni, potrebbe essere messa in discussione in Paesi, come il nostro, dove si vive mediamente ben oltre questa età e soprattutto dove anche la comparsa di malattie croniche e invalidanti avviene tendenzialmente a età più avanzate. La prevalenza di persone con almeno una patologia cronica grave, in Emilia-Romagna nel 2005, andava da meno del 15% per i giovani e adulti al 33% dei 65-74enni e 47% degli ultra 74enni<sup>8</sup>, rispettando quanto ovvio da attendersi e osservato per il livello italiano<sup>9</sup>, con una forte associazione tra età e morbosità. Del resto, quanto si temeva in relazione a un forte aumento di particolari patologie nel tempo è smentito da alcune evidenze, come visto per esempio per la prevalenza di demenza<sup>10</sup>. A testimoniare questa tendenza, si può ipotizzare che la popolazione anziana del terzo millennio starebbe sperimentando un invecchiamento in buona salute, oltre che in continua evoluzione, come i processi sociali che lo influenzano<sup>11</sup>.

La relazione dell'età con la disabilità, sempre in riferimento ai dati dell'indagine Multiscopo condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari Istat 2004-2005 in Emilia-Romagna (dove si rilevano livelli di disabilità e presenza di malati cronici sotto la media nazionale), è ancora più evidente: da meno dell'1% tra i 6-64enni, la prevalenza saliva a: 5,4% tra i 65-74enni, 19,9% nei 75-84enni e 51,6% per gli ultra 84enni. Tuttavia, la presenza di disabilità era inferiore a quella rilevata nell'indagine

Multiscopo condotta nel 1999-2000 in ogni fascia di età/sexo denotando un andamento in calo, sia in Emilia-Romagna sia in Italia.

Il differente gradiente di crescita tra speranza di vita alla nascita e aspettativa di vita in buona salute ha determinato, fino al 2010, la diminuzione degli anni vissuti in non buona salute, in Emilia-Romagna più che in Italia. Il miglioramento osservato potrebbe, però, essere inficiato dall'intervento della crisi economica che pare stia anche accentuando le disuguaglianze sociali di salute, in particolar modo negli anziani<sup>12</sup>. I dati provvisori pubblicati a fine 2013 evidenzerebbero un aumento delle persone che dichiarano di avere una o più malattie croniche. Tale dato è ancor più accentuato in Emilia-Romagna, dove il tasso standardizzato per età e sesso di persone con almeno una malattia cronica grave passa dal 13,2% del 2005 al 14,1% del 2012 (valori nazionali: 14,6% e 14,9%).

Le trasformazioni attese per la struttura demografica dell'Emilia-Romagna seguono le linee di sviluppo evidenziate per tutti i sistemi demograficamente maturi: un aumento della quota di popolazione anziana, e soprattutto dei grandi anziani, un invecchiamento e una tendenziale diminuzione della popolazione in età lavorativa e, con più incertezza, un aumento nell'immediato futuro della popolazione in età scolare. Va inoltre considerato che gli andamenti nel tempo dei livelli nell'aspettativa di vita in buona salute e nella presenza di malattie denoterebbero sostanziali miglioramenti, fino all'intervento della crisi, e possibili recenti peggioramenti a seguito del suo inizio, e richiamano a un'adeguata valutazione nel distinguere le evoluzioni per età (e sesso) e per grado di vulnerabilità sociale, che, sebbene solo accennati in questo articolo sono altrettanto rilevanti quanto le dinamiche prettamente demografiche.

Se l'incremento della popolazione anziana è un dato di fatto, non altrettanto scontato è il suo impatto in termini di aumento della domanda di assistenza sanitaria e sociale. Fino al 2010 si osservava un decremento in termini relativi di disabilità e patologie gravi, smentendo in parte la preoccupante attenzione sugli effetti dell'invecchiamento su salute e Sistema Sanitario. L'aumento degli anziani, infatti, non necessariamente diventa aumento proporzionale del "bisogno di salute", del carico assistenziale o della spesa; recentemente non si è osservato tale incremento (e allo stato attuale esso non impatta sull'evoluzione della spesa sanitaria quanto l'innovazione dell'assistenza)<sup>13</sup>. Va poi ricordato che questi aspetti sono contemporaneamente vincoli esterni del Sistema Sanitario e parzialmente suoi effetti ancor più accentuati in un contesto di restrizioni di budget, che impongono maggiore attenzione nelle scelte. Le risorse del fondo sanitario messe a disposizione dal governo italiano, negli ultimi anni, tendono a crescere meno dell'inflazione<sup>14</sup>, mentre in presenza della crisi economica andrebbe considerato che i detti sistemi universalistici possono avere una funzione anticiclica sulla crisi, oltre a promuovere la coesione

sociale e contrastare il decadimento del ruolo delle istituzioni e a offrire sollievo dagli effetti della crisi<sup>15</sup>.

In un contesto come quello descritto può essere rilevante il monitoraggio dell'aspettativa di vita in buona salute come indicatore di sostenibilità dei futuri cambiamenti demografici in quanto misura direttamente correlata allo stato di salute della popolazione, a sua volta dipendente dalla capacità di affrontare la cura e l'assistenza ma soprattutto la prevenzione nell'intero ciclo di vita.

Occorre, inoltre, ricordare che sussiste un gradiente sociale nella salute: a una peggiore posizione sociale corrisponde generalmente una peggiore salute. Le forme di iniquità che ne derivano richiedono azioni verso tutti i determinanti sociali; inoltre, per ridurre la pendenza del gradiente l'azione deve essere universale con intensità proporzionale allo svantaggio (universalismo proporzionale). I settori delle politiche interessati sono innestati sull'orientamento più o meno solidaristico delle politiche fiscali e di sviluppo sostenibile su cui si basa la convivenza in una comunità. La misura dello sviluppo può così essere vista oltre la crescita economica, includendo la giusta distribuzione della salute, l'idea di benessere descritta in questo contributo e la sostenibilità ambientale e intergenerazionale.

## Conclusioni

L'investimento in prevenzione può essere una delle strade più fruttuose per continuare a promuovere l'invecchiamento in salute, come quello che pare essersi già osservato nel primo decennio degli anni 2000. Per prevenzione si intende, nell'ampio contesto dei fenomeni presi in esame, la promozione della salute tramite tutte le politiche e con programmi integrati per intervenire sui determinanti sociali e ambientali<sup>16</sup>. Dunque, accanto al miglioramento degli stili di vita, oltre al settore sanitario vanno considerati: formazione, lavoro, trasporti, ambiente e urbanistica, inclusione sociale, casa, ecc.<sup>17</sup>. Segue un esempio di settori potenzialmente rilevanti nel favorire la valorizzazione della salute, in cui tra le dimensioni socio-demografiche va esaminato dapprincipio anche il genere:

- contesti abitativi e sociali che favoriscano l'incontro, la fruizione di servizi pubblici e culturali e che aumentino il senso di inclusione nella comunità, il supporto reciproco e la sicurezza;
- distribuzione del reddito e delle risorse economiche, oltre che di controllo sul lavoro, che riducano la concentrazione e le distanze in termini di salute tra gli strati sociali;
- istruzione accessibile a tutti i livelli della formazione, per ridurre le disuguaglianze di salute, tuttora legati a livelli d'istruzione particolarmente bassi in Italia.

Quanto detto vale maggiormente nel contesto attuale, quando i dati più recenti<sup>12,18</sup> pongono al-

cune domande rispetto agli effetti della crisi economica sulla salute, in particolare in alcune fasce di popolazione più vulnerabili, e farebbero intravedere un aumento della presenza di malattie e delle disuguaglianze di salute. I risultati più complessivi e approfonditi dei dati su salute e uso di servizi dall'ultima indagine Multiscopo dell'Istat e le evidenze che emergeranno da altre fonti relative alle attuali dinamiche, permetteranno di iniziare a dare risposte. Nel mentre, misure di supporto socio-economico alle fasce di popolazioni più disagiate potranno contrastare i potenziali effetti della crisi. Più a lungo termine, lo sviluppo armonico delle politiche in molteplici settori dell'intervento pubblico e l'attenzione all'invecchiamento sano e attivo, rivolte a tutte le età in un'ottica life course, si possono continuare a declinare efficacemente nei vari ambiti geografici e con l'alleanza di più livelli di governo (dai Comuni alla Comunità europea).

## Ringraziamenti

Si ringraziano Nicola Magrini per la lettura critica e per gli spunti di discussione e Barbara Pacelli per la revisione e i consigli.

## Bibliografia

1. <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/corsi-convegni/atti-eipaha-2013>
2. Vineis P. Perché bisogna difendere il Servizio pubblico. *Epidemiol Prev* 2013; 37: 195-7.
3. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Libro bianco sul futuro del modello sociale. Maggio 2009.
4. Considerazioni del Presidente del Consiglio Mario Monti su "Sanità, sostenibilità e innovazione" Palermo - 27 novembre 2012. <http://www.governo.it/Presidente/Comunicati/dettaglio.asp?d=69897>
5. Manton KG. Recent declines in chronic disability in the elderly US population: risk factors and future dynamics. *Annu Rev Public Health* 2008; 29: 91-113.
6. Istat. Indagine sui decessi e sulle cause di morte. [http://www.istat.it/it/files/2013/03/1\\_Salute.pdf](http://www.istat.it/it/files/2013/03/1_Salute.pdf)
7. Lanzieri G. The greying of the baby boomers. A century-long view of ageing in European populations. *Statistics in focus*; 23/2013. Population and living condition. Eurostat [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ity\\_offpub/ks-sf-11-023/en/ks-sf-11-023-en.pdf](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ity_offpub/ks-sf-11-023/en/ks-sf-11-023-en.pdf)
8. AAVV. Lo stato di salute della popolazione Emilia-Romagnola. Approfondimenti dall'indagine Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2005. Quaderni di Statistica. Regione Emilia-Romagna 2009. [http://statistica.regione.emilia-romagna.it/allegati/pubbl/Pubbl\\_MultiscopoSalute2005\\_17x24.pdf](http://statistica.regione.emilia-romagna.it/allegati/pubbl/Pubbl_MultiscopoSalute2005_17x24.pdf)
9. Costa G, Landriscina T, Marinacci C, Petrelli A, Vannoni F. I determinanti del fabbisogno di salute e di assistenza. 3° Supplemento al numero 22 di Monitor, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali 2008 (tab. 1, p. 101).
10. Matthews FE, Arthur A, Barnes LE, et al. A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geo-

- graphical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet* 2013; 382: 1405-12.
11. Tesaro T, Pianelli L. Gli anziani tra bisogni di cura e invecchiamento attivo. *Quaderno n.12 / 2009*. <http://www.newwelfare.org/2009/09/29/gli-anziani-tra-bisogni-di-cura-e-invecchiamento-attivo/>
  12. Istat. La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi. Anno 2012 (media settembre-dicembre), dati provvisori. <http://www.istat.it/it/archivio/108565>
  13. Sorenson C, Drummond M, Bhuiyan Khan B. Medical technology as a key driver of rising health expenditure: disentangling the relationship. *Clinicoecon Outcomes Res* 2013; 5: 223-34.
  14. Taroni F. Salute e politiche sanitarie ai tempi della crisi: vecchie soluzioni per nuovi problemi? In: Gensini GF, Nicelli AL, Trabucchi M, Vanara F (a cura di). *Rapporto Sanità 2012. Strategie per il contenimento dei costi in sanità tra esigenze cliniche, organizzative ed economiche*. Bologna: Il Mulino, 2012.
  15. Taroni F. Cronache dalla crisi. In: Gensini GF, Nicelli AL, Trabucchi M, Vanara F (a cura di). *Rapporto sanità 2013. Sistema sanitario e sviluppo del Paese: alcune specificità in tempo di crisi*. Bologna: Il Mulino, 2013.
  16. OMS Europa. *Salute 2020: Una politica di riferimento europea a sostegno di un'azione trasversale ai governi e alle società per la salute e il benessere*. Traduzione del Ministero della Salute 2012. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1819\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1819_allegato.pdf)
  17. [http://www.local.gov.uk/c/document\\_library/get\\_file?uuid=6f4fa32e-5fe2-4d0d-8e17-bb3b7d611fd5&groupId=10180](http://www.local.gov.uk/c/document_library/get_file?uuid=6f4fa32e-5fe2-4d0d-8e17-bb3b7d611fd5&groupId=10180)
  18. European Commission. *Report on health inequalities in the European Union. SWD 2013 : 328* [http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/docs/report\\_healthinequalities\\_swd\\_2013\\_328\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/report_healthinequalities_swd_2013_328_en.pdf)